SOINS INFIRMIERS

FONDEMENTS GÉNÉRAUX

Méthodes de soins 1

3e édition

Carole Lemire
Vitalie Perreault



CHENELIÈRE ÉDUCATION

i+

TABLE DES MATIÈRES SOMMAIRE

FONDEMENTS GÉNÉRAUX

Méthodes de soins 1

3e édition

Carole Lemire, inf., M. Éd.
Vitalie Perreault, inf., M. Sc.

SOINS INFIRMIERS

FONDEMENTS GÉNÉRAUX

Méthodes de soins 1

3e édition

Carole Lemire, inf., M. Éd.
Vitalie Perreault, inf., M. Sc.

RÉVISION SCIENTIFIQUE

Marie-Christine Bertrand, inf., M. Sc.
Conseillère en soins infirmiers (CSI) – Sciences neurologiques
Direction des soins infirmiers, CHUM

Wendy Camacho, inf., B. Sc.
Conseillère en soins infirmiers (CSI) – Regroupement Cardiologie/Chirurgie cardiaque/Chirurgie vasculaire/Zone intermédiaire/Clinique de cardiologie
Direction des soins infirmiers, CHUM

Simone Chaboillez, T. M.
Chargée des dossiers scientifiques et secrétaire du conseil de discipline
Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec

Stéphane Delisle, inh., Ph. D., FCCM
Directeur des études, Collège Ellis
Professeur associé, Département de médecine de famille et de médecine d'urgence, UdeM

Chantal Labrecque, inf., M. Sc. inf., Ph. D. (cand.)
Consultante en soins de plaies
CliniConseil inc.

Cynthia Lamontagne, inf., B. Sc., M. Éd.
Enseignante et chargée d'activités spécifiques à la coordination du Département de soins infirmiers
Cégep André-Laurendeau

Ruth Eneida Molina, inf., B. Sc., ICSG(C)
Conseillère en soins infirmiers (CSI) – Transplantation
Direction des soins infirmiers, CHUM



TABLE DES MATIÈRES

SECTION 6

Fonction respiratoire 332

SECTION 7

Fonction digestive 361

SECTION 8

Fonctions d'élimination 412

SECTION 9

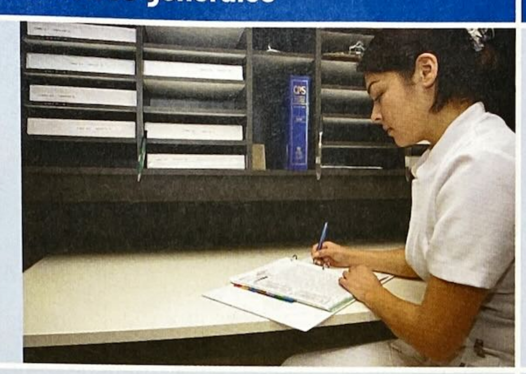
Thérapies intraveineuses 485

SECTION 10

Soins de plaies 566

Étapes préexécutoires et postexécutoires générales

Certaines actions doivent être effectuées avant de procéder à une méthode de soins et après l'avoir accomplie. Ces actions constituent les étapes préexécutoires et postexécutoires générales applicables aux différentes méthodes de soins présentées dans ce guide. Elles assurent l'application appropriée des principes de soins et sont regroupées ici afin d'alléger le texte de chacune des méthodes.

Étapes préexécutoires générales	Justifications
A **Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).** 	PTI : Afin de prendre connaissance des besoins prioritaires de la personne soignée et des directives infirmières associées. PSTI : Afin de connaître les soins et les traitements à exécuter pendant le quart de travail.
B **Vérifier l'ordonnance médicale,** s'il y a lieu.	Pour les soins ou les traitements qui requièrent une ordonnance médicale.
C **Rassembler tout le matériel nécessaire.** 	Pour éviter les déplacements inutiles et exécuter plus efficacement la méthode de soins sans en interrompre le déroulement.
D **Procéder à l'hygiène des mains.** 	C'est le meilleur moyen de prévenir la propagation des infections. Le lavage des mains permet de déloger les agents pathogènes présents à la surface de la peau, qui sont susceptibles de contaminer un autre organisme. Cette étape fait partie des précautions universelles de base recommandées par Santé Canada. Elle doit être effectuée avant et après tout contact avec la personne soignée.

Étapes préexécutoires générales	Justifications
E **Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.** S'assurer que la personne porte un bracelet d'identité et que celui-ci est lisible et solidement attaché. Sinon, le changer. Demander à la personne de dire son nom au complet, ainsi que sa date de naissance, et s'assurer que les informations données sont identiques à celles figurant sur le bracelet.	Pour identifier la personne de manière fiable. Le bracelet est mis au poignet de la personne dès son admission.
F **Expliquer la procédure de soins à la personne.** Adapter les explications selon la capacité de compréhension de la personne. 	Pour permettre à la personne de connaître les soins qui lui seront prodigués, favorisant ainsi une meilleure collaboration de sa part.
G **Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.** Disposer l'environnement de travail de façon qu'il soit pratique et sécuritaire pour vous et pour la personne soignée. Nettoyer et désinfecter la surface de travail avec une lingette désinfectante avant d'y déposer le matériel. 	Un espace de travail adéquat et une bonne disposition du matériel contribuent à une exécution efficace de la méthode de soins et évitent la contamination accidentelle du matériel. La désinfection de la surface de travail rend celle-ci exempte de microorganismes.
H **Assurer le maintien d'un environnement propre** en fermant la porte et les fenêtres.	Fermer la porte et les fenêtres réduit le nombre d'agents aérobies ambiants et les courants d'air.
I **Assurer l'intimité de la personne.** Si la porte est munie d'une fenêtre ou si la chambre comporte plus d'un lit, tirer les rideaux. 	Pour respecter la pudeur de la personne et aider celle-ci à exprimer plus aisément certains malaises, le cas échéant.
J **Régler la hauteur du lit** de façon à pouvoir effectuer les interventions en gardant le dos droit (généralement à la hauteur du pubis). 	Pour respecter les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) et prévenir l'étirement des muscles du dos au moment de la mobilisation de la personne ou des mouvements nécessaires pour effectuer la méthode de soins.

Étapes postexécutoires générales		Justifications
A **Réinstaller la personne dans le lit.** S'assurer que la personne est installée de façon confortable et sécuritaire.		Pour favoriser son repos à la suite des soins qui lui ont été prodigués et éviter les chutes.
B **Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.**		Pour permettre à la personne d'appeler un membre du personnel, au besoin. Cette action fait partie des mesures de sécurité de base.
C **Procéder à l'hygiène des mains.**	 	Pour prévenir la propagation des agents pathogènes. Le lavage des mains doit être effectué avant et après tout contact avec la personne soignée.
D **Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.** Apposer sa signature et l'abréviation de son titre professionnel à la fin des notes d'évolution.		Pour assurer la continuité des soins et attester la qualité de la surveillance clinique de la personne. Les notes d'évolution doivent respecter les normes de consignation des soins de l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ).
E **Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI** à la suite de l'évaluation clinique effectuée pendant les soins, **s'il y a lieu.**		Pour assurer l'accès aux décisions cliniques prises et contribuer à favoriser la continuité des soins dans une perspective de collaboration interprofessionnelle.

Notes

SECTION

1 Asepsie, prévention et contrôle des infections

RÉDACTION : **Vitalie Perreault**, inf., M. Sc.
RÉVISION SCIENTIFIQUE : **Marie-Christine Bertrand**, inf., M. Sc.
Ruth Eneida Molina, inf., B. Sc., ICSG(C)



Guide d'étude

J'optimise mes apprentissages en effectuant les activités proposées au chapitre 28, p. 117 à 123.

Manuel

Chapitre 28 — Prévention et contrôle des infections, p. 914



Ressources en ligne

- Vidéo MS 1.1
- Grilles d'observation
- Solutionnaire – Questions liées aux situations clinique



Hygiène des mains

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Inspecter la surface des mains.
2. Garder les ongles courts.
3. Éliminer le vernis à ongles ou les ongles artificiels.
4. Éviter de porter des bagues, des bracelets ou une montre.
5. Se placer face à l'évier.

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

6. Procéder à l'hygiène des mains.
   - 6.1 Se laver les mains avec du savon.
   - 6.2 Utiliser une mousse ou un gel désinfectants.

ÉTAPE POSTEXÉCUTOIRE

7. Utiliser une crème hydratante protectrice.

SITUATION CLINIQUE

MONIQUE DUPUIS, 68 ans, souffre d'arthrose. Elle est admise dans votre unité en prévision de la pose d'une prothèse totale de la hanche droite. Vous devez lui rendre visite à plusieurs reprises dans la journée afin de procéder à diverses évaluations (prise des signes vitaux, collecte de données, examen physique, etc.).

Notions de base

Une bonne hygiène des mains constitue la meilleure protection contre la transmission d'agents pathogènes pouvant causer une infection. En milieu clinique, le lavage des mains est essentiel pour prévenir la transmission des infections nosocomiales. Il doit être exécuté :

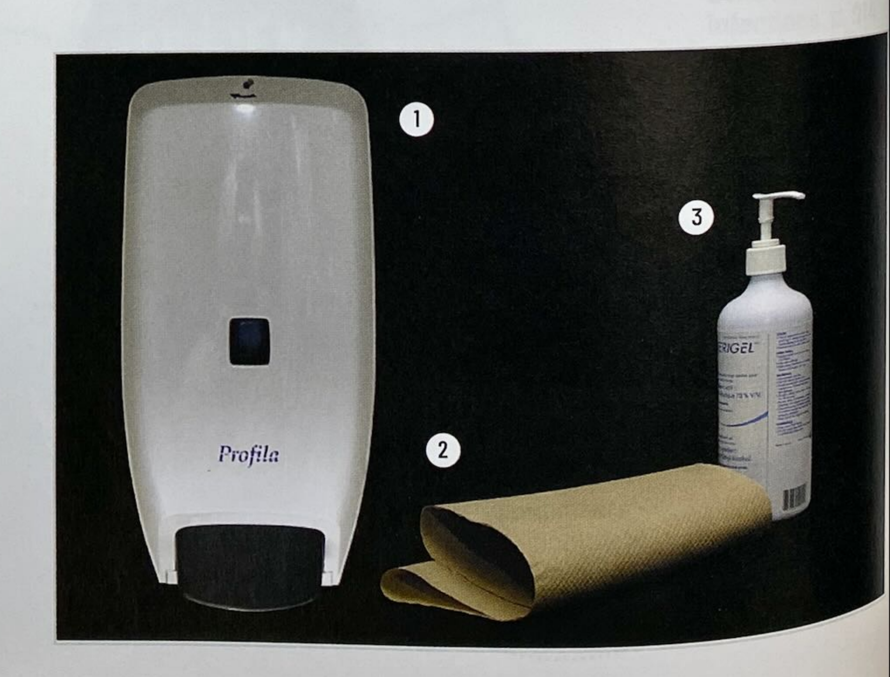
- avant et après chaque intervention auprès des personnes soignées ;
- au moment de la manipulation de nourriture ou de médicaments ;
- à la suite du retrait des gants ;
- à la suite de tout contact avec des liquides biologiques ;
- lorsque les mains sont visiblement souillées ;
- après être allée aux toilettes ;
- avant et après avoir mangé ;
- après s'être mouchée ou après avoir manipulé un mouchoir souillé ;
- après avoir toussé ou éternué dans ses mains.

Afin de diminuer le risque de transmission d'agents pathogènes, il est recommandé de ne pas porter de bagues, de montre ni de bracelets, de garder les ongles courts et d'éviter le vernis à ongles et le port d'ongles artificiels.

Afin de prévenir la propagation des infections, il importe d'informer les personnes soignées et leurs visiteurs de la nécessité et de la fréquence du lavage des mains, ainsi que de l'utilisation d'une mousse ou d'un gel désinfectants pour les mains.

Matériel

- Distributeur de savon ordinaire ou de savon antiseptique bactéricide ❶
- Serviettes de papier ❷
- Mousse ou gel désinfectants pour les mains (à base d'alcool 70 %) ❸
- Évier (idéalement muni d'un dispositif automatique ou d'une pédale)



Étapes préexécutoires		Justifications
1 **Inspecter la surface des mains** afin d'y déceler toute plaie, crevasse, gerçure ou coupure. Le cas échéant, s'assurer de couvrir la blessure avec une pellicule transparente après le lavage des mains.		Les blessures peuvent abriter des agents pathogènes transmissibles à la personne soignée et devenir une porte d'entrée pour les agents pathogènes externes. La pellicule transparente forme une barrière protectrice qui ferme cette porte d'entrée ; elle permet de compléter un lavage de mains efficace.
2 **Garder les ongles courts** (moins de 5 mm) et limés.		Car la majorité des agents pathogènes présents sur les mains se trouvent sous les ongles, en milieu humide, et sont difficiles à déloger par l'action mécanique du lavage des mains.
3 **Éliminer le vernis à ongles ou les ongles artificiels.**		Car ils présentent des fissures qui favorisent la prolifération et la colonisation bactériennes.
4 **Éviter de porter des bagues, des bracelets ou une montre.** Au besoin, porter la montre très haut au-dessus du poignet. Relever les manches au-dessus des poignets, s'il y a lieu.		Car ces objets favorisent la rétention d'agents pathogènes. La peau se trouvant sous une bague abrite une colonisation bactérienne importante.

SITUATION CLINIQUE

L'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) vous recommande de ne pas porter de bague dans l'exercice de vos fonctions. Pourquoi ?

Étapes préexécutoires	Justifications
5 **Se placer face à l'évier** et éviter tout contact des mains et de l'uniforme avec celui-ci.	Car les surfaces sont considérées comme contaminées.

ALERTE CLINIQUE

Contamination par contact avec une surface

Si les mains entrent en contact avec l'évier pendant le lavage des mains, il faut reprendre la procédure. À la suite d'un contact avec une surface, les mains sont considérées comme contaminées.

Étapes exécutoires	Justifications
6 **Procéder à l'hygiène des mains** selon l'une des méthodes suivantes. **6.1** Se laver les mains avec du savon ordinaire ou du savon antiseptique bactéricide. **6.2** Utiliser une mousse ou un gel désinfectants pour les mains.	

N'OUBLIEZ PAS 

L'utilisation d'un savon antiseptique bactéricide est requise lorsqu'il faut réduire la flore microbienne présente sur les mains, notamment dans les situations suivantes :

- avant toute procédure invasive (p. ex. l'installation d'un cathéter intraveineux);
- avant tout contact avec une personne à risque (p. ex. des personnes immunodéprimées);
- après tout contact avec une personne faisant l'objet de précautions de contact.

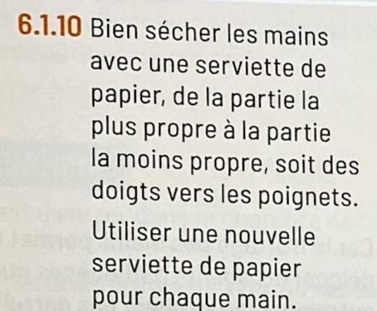
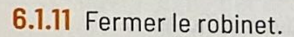
SITUATION CLINIQUE

Avant d'entrer dans la chambre de madame Dupuis, quel type de lavage de mains devriez-vous privilégier ?

6.1 Se laver les mains avec du savon ordinaire ou du savon antiseptique bactéricide.

Étapes exécutoires		Justifications
6.1.1 Ouvrir le robinet et régler la température de l'eau à tiède.		Car une eau trop chaude élimine une grande partie de la couche d'huile protectrice présente à la surface de la peau. Car une eau trop chaude ou trop froide dessèche davantage la peau que l'eau tiède.
6.1.2 Mouiller les mains et les poignets. Maintenir les avant-bras à un niveau inférieur à celui des coudes.		Car l'eau doit s'écouler de la région la moins contaminée vers la région la plus contaminée, les mains étant considérées comme les plus contaminées. Cette procédure permet de rejeter les agents pathogènes dans l'évier.
6.1.3 Appliquer une petite quantité de savon (environ la taille d'un 25 cents) sur les mains et le faire mousser abondamment.		Utiliser une trop grande quantité de savon antiseptique bactéricide peut entraîner le dessèchement et l'irritation de la peau.

Étapes exécutoires		Justifications
6.1.4 Frotter les paumes des mains ensemble en effectuant un mouvement circulaire pendant un minimum de 20 secondes.		Car la friction et le frottage des mains délogent la saleté et les agents pathogènes de la flore transitoire.
6.1.5 Nettoyer les ongles en frottant le bout des doigts de chaque main dans la paume de la main opposée.		Car le savon doit pénétrer sous les ongles pour détruire ou déloger les agents pathogènes.
6.1.6 Entrecroiser les doigts en frottant pour nettoyer les espaces interdigitaux en face palmaire et dorsale, puis frotter le dos des mains.	 	Car le frottage des mains permet de déloger les agents pathogènes qui, autrement, ne seraient pas détruits par le savon (p. ex. les spores de *Clostridium difficile*).
6.1.7 Frotter chaque pouce en l'entourant avec la main opposée, en alternance. Entourer le pouce gauche avec la main droite et le frotter en effectuant des mouvements circulaires tout en dirigeant les doigts vers l'évier. Répéter le mouvement avec l'autre pouce.		Car le frottage des mains permet de déloger les agents pathogènes qui, autrement, ne seraient pas détruits par le savon (p. ex. les spores de *C. difficile*).

Étapes exécutoires		Justifications
6.1.8 Frotter les poignets.		Car ils peuvent être facilement contaminés lors des soins et doivent être nettoyés.
6.1.9 Rincer les mains à l'eau tiède, des poignets vers les doigts, tout en maintenant les mains à un niveau inférieur à celui des coudes.		Car l'eau doit s'écouler de la région la moins contaminée vers la région la plus contaminée, les mains étant considérées comme les plus contaminées.
 **6.1.10** Bien sécher les mains avec une serviette de papier, de la partie la plus propre à la partie la moins propre, soit des doigts vers les poignets. Utiliser une nouvelle serviette de papier pour chaque main.		Car en essuyant les mains de la partie la plus propre (doigts) à la partie la moins propre (poignets), le risque de contamination par des agents pathogènes présents sur les poignets et les avant-bras est diminué.
 **6.1.11** Fermer le robinet. En l'absence de dispositif automatique ou de pédale, utiliser une serviette de papier propre et sèche pour le fermer. Éviter de toucher le robinet avec les mains. Passer à l'étape 7.		Car le robinet est considéré comme contaminé. Les agents pathogènes pourraient se propager par capillarité si la serviette de papier est mouillée.

SITUATION CLINIQUE

Nommez trois situations qui nécessitent obligatoirement un lavage de mains à l'eau et au savon.

Étapes exécutoires	Justifications
6.2 Utiliser une mousse ou un gel désinfectants pour les mains.	Si les mains sont exemptes de souillures visibles, la mousse ou le gel désinfectants peuvent être utilisés avant et après tout contact avec la personne soignée, toute manipulation de nourriture et de médicaments et après le retrait des gants. Ils ne peuvent remplacer le lavage des mains avec du savon à la suite d'un contact avec une personne porteuse du *C. difficile*.

Étapes exécutoires	Justifications
6.2.1 Appliquer la quantité d'une compression complète de la pompe (environ 3 mL) de mousse ou de gel désinfectants dans la paume d'une main. 	Car une trop grande quantité de mousse ou de gel désinfectants prolonge inutilement le temps de désinfection des mains. En revanche, une quantité insuffisante ne permet pas une désinfection adéquate.
6.2.2 Frotter les deux paumes l'une contre l'autre pour y répartir la mousse ou le gel désinfectants. Tremper ensuite les ongles de chaque main dans la paume de la main opposée. 	Car la mousse ou le gel désinfectants doivent pénétrer sous les ongles pour détruire les agents pathogènes qui s'y sont logés et éviter une colonisation.
6.2.3 Frotter les paumes et le dos des mains dans un mouvement circulaire pendant au moins 20 secondes. 	Car le frottage des mains permet d'étendre la mousse ou le gel désinfectants sur toute la surface des mains.
6.2.4 Entrecroiser les doigts en frottant pour nettoyer les espaces interdigitaux, puis frotter chaque pouce en l'entourant avec la main opposée, en alternance.	Afin d'assurer la répartition de la mousse ou du gel désinfectants sur toute la surface des doigts.
6.2.5 Frotter les poignets.	Car ils peuvent facilement être contaminés lors des soins et doivent être nettoyés.
6.2.6 Frotter les mains jusqu'à assèchement complet du produit nettoyant.	Car l'évaporation de l'alcool contenu dans le produit assure son efficacité.

SITUATION CLINIQUE

Nommez trois situations précises pour lesquelles un lavage de mains avec une mousse ou un gel désinfectants est suffisant.

Étape postexécutoire	Justification
7 **Utiliser une crème hydratante protectrice.**	Afin de prévenir l'assèchement de la peau ou l'apparition de gerçures sur les mains. Une peau saine est la première protection du corps.



Port de gants stériles

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPE PRÉEXÉCUTOIRE

1. Se laver les mains avec du savon antiseptique.

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

2. Mettre les gants stériles.
   - 2.1 Ouvrir l'emballage extérieur et retirer délicatement l'enveloppe intérieure.
   - 2.2 Déposer l'enveloppe sur une surface propre, désinfectée et sèche.
   - 2.3 Déplier les rebords inférieur et supérieur de l'enveloppe.
   - 2.4 Saisir les rebords du centre de l'enveloppe et les ouvrir de façon à exposer les gants.
   - 2.5 Déterminer quel gant correspond à la main dominante.
   - 2.6 Saisir le repli du gant destiné à la main dominante.
   - 2.7 En tenant le gant par le repli du poignet, le glisser avec précaution sur la main dominante.
   - 2.8 Glisser les doigts gantés sous le repli extérieur du poignet du deuxième gant.
   - 2.9 Mettre lentement le deuxième gant.
   - 2.10 Entrelacer les doigts.
3. Retirer les gants stériles.
   - 3.1 De la main non dominante, saisir le gant de l'autre main en pinçant le haut de celui-ci au milieu du poignet.
   - 3.2 Avec la main nue, insérer l'index et le majeur sous l'autre gant.
   - 3.3 Tirer le gant vers le bas jusqu'à ce qu'il recouvre le premier gant retiré.

ÉTAPE POSTEXÉCUTOIRE

4. Procéder à l'hygiène des mains.

SITUATION CLINIQUE

MONIQUE DUPUIS, 68 ans, a été opérée pour la pose d'une prothèse totale de la hanche droite hier. Le médecin la visite afin de retirer le pansement opératoire et de vérifier la plaie. Il vous demande de l'assister.

Notions de base

Le port de gants stériles est indiqué dans toute procédure exigeant la manipulation de matériel stérile avec les mains telle que la réfection d'un pansement chirurgical. Ces gants permettent d'éviter que :

- la flore bactérienne présente sur la peau des mains contamine les plaies de la personne soignée ;
- les mains de l'infirmière entrent en contact avec des liquides ou des matières biologiques potentiellement contaminés ou infectés.

Matériel

Paire de gants stériles



Étape préexécutoire	Justification
1 **Se laver les mains avec du savon antiseptique.**	Afin de détruire les microorganismes présents à la surface de la peau.

Étapes exécutoires	Justifications
2 **Mettre les gants stériles** en suivant les étapes ci-après.	Pour assurer des manipulations stériles dans un contexte de soin aseptique.

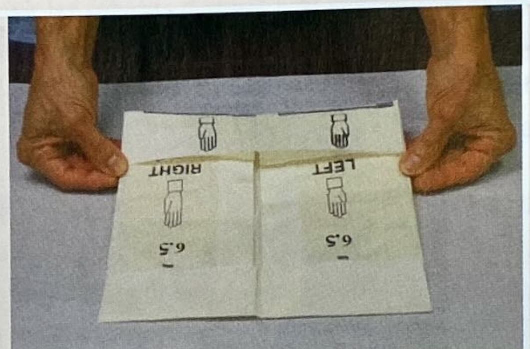
N'OUBLIEZ PAS !

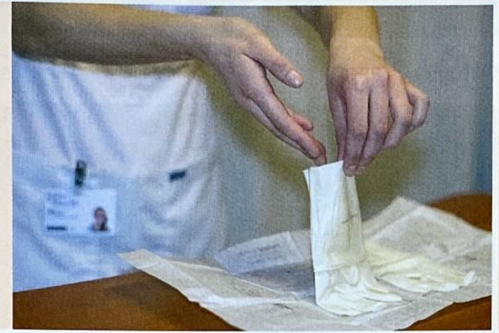
On doit toujours vérifier si la personne est allergique au latex. Dans ce cas, il faut utiliser des gants stériles de vinyle ou de nitrile.

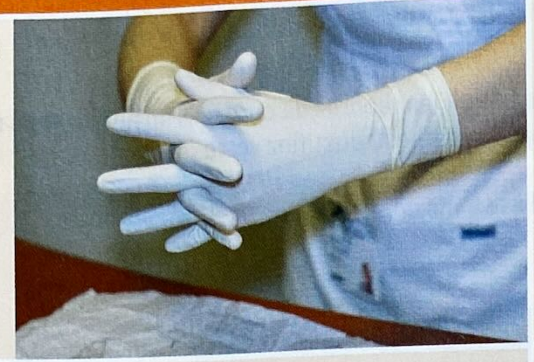
Étapes exécutoires	Justifications

SITUATION CLINIQUE

Le médecin vous demande de lui donner des instruments qui se trouvent sur un champ stérile. Devez-vous mettre des gants stériles pour le faire ? Justifiez votre réponse.

Étapes exécutoires	Justifications
2.1 Ouvrir l'emballage extérieur et retirer délicatement l'enveloppe intérieure contenant les gants. 	La délicatesse réduit au minimum le risque de briser l'enveloppe intérieure.
2.2 Déposer l'enveloppe sur une surface propre, désinfectée et sèche, dont la hauteur se situe au-dessus du niveau des hanches.	Car tout objet stérile manipulé sous le niveau des hanches ou hors de la vue est considéré comme contaminé.
2.3 Déplier les rebords inférieur et supérieur de l'enveloppe en s'assurant de les déplier complètement. 	Afin que l'enveloppe puisse se maintenir ouverte.
2.4 Saisir les rebords du centre de l'enveloppe et les ouvrir de façon à exposer les gants.  	Afin d'accéder aux gants sans que l'enveloppe ne se referme sur elle-même. Le cas échéant, les gants sont contaminés, et il faut reprendre la procédure.

Étapes exécutoires		Justifications
SITUATION CLINIQUE Lorsque vous ouvrez l'enveloppe, en dépliant les rebords de celle-ci, l'un des rebords se referme et entre en contact avec les gants. Les gants sont-ils toujours stériles ? Justifiez votre réponse.		
2.5 Déterminer quel gant correspond à la main dominante.		Afin de favoriser une meilleure dextérité et de diminuer le risque de contamination.
2.6 Saisir le repli du gant destiné à la main dominante avec le pouce et les deux premiers doigts de la main non dominante. S'assurer de ne toucher que la surface intérieure du gant.		Chaque gant possède un repli d'une largeur d'environ 5 à 10 cm au niveau du poignet qui permet la prise du gant avec la main nue. Parce que la bordure intérieure du repli sera ultérieurement en contact avec la peau de l'infirmière.
2.7 En tenant le gant par le repli du poignet, le glisser avec précaution sur la main dominante en s'assurant que sa main pointe vers le haut et qu'elle est plus haute que les hanches. Éviter que la surface extérieure du gant entre en contact avec le poignet. Le cas échéant, jeter le gant et recommencer la procédure. S'assurer que le pouce et les doigts sont insérés au bon endroit.		Le positionnement de la main, lorsque le gant est mis, doit assurer un dégagement qui minimise les risques de contamination. Il y a contamination dès que la surface extérieure du gant touche une surface contaminée (poignet, table, rideau, etc.).
2.8 Glisser les doigts gantés sous le repli extérieur du poignet du deuxième gant en maintenant écarté le pouce de la main dominante.		Car l'intérieur du repli du gant est stérile. En maintenant le pouce écarté, on prévient sa contamination accidentelle.
2.9 Mettre lentement le deuxième gant en s'assurant que la main gantée n'entre pas en contact avec la peau de la main nue. Le cas échéant, recommencer la procédure avec un nouvel emballage de gants.		La lenteur d'exécution prévient les contaminations accidentelles qui pourraient échapper à la vigilance de l'étudiante.

Étapes exécutoires		Justifications
2.10 Entrelacer les doigts de manière à bien ajuster les gants autour de ceux-ci. Garder les mains au-dessus des hanches en tout temps.		Afin d'assurer une meilleure dextérité. Tout objet placé sous le niveau des hanches ou hors de la vue est considéré comme contaminé.
3 Retirer les gants stériles en suivant les étapes ci-après.		
3.1 De la main non dominante, saisir le gant de l'autre main en pinçant le haut de celui-ci au milieu du poignet. Le tirer vers le bout des doigts en le retournant à l'envers. Garder le gant dans la paume de la main gantée. Éviter que la peau entre en contact avec la surface extérieure du gant.		Afin que la partie souillée du gant soit emprisonnée et n'entre pas en contact avec la peau.
3.2 Avec la main nue, insérer l'index et le majeur sous l'autre gant jusqu'à la base de la paume de la main.		Pour faciliter le retrait du deuxième gant.
3.3 Tirer le gant vers le bas jusqu'à ce qu'il recouvre le premier gant retiré pour former une boule. Jeter les gants à la poubelle.		Ainsi, les surfaces contaminées sont contenues dans la boule. Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étape postexécutoire	Justification
4 **Procéder à l'hygiène des mains.**	Car les microorganismes présents sur la peau se sont multipliés plus rapidement dans le milieu chaud et humide offert par les gants. De plus, les gants peuvent être perforés au cours de la procédure ou présenter des microfissures invisibles à l'œil nu.

ALERTE CLINIQUE

Utilisation inadéquate des gants

Mal utilisés, les gants peuvent être un vecteur de transmission des infections. Il est donc important de :

1. les retirer à la suite de toute méthode de soins comportant un contact avec des liquides biologiques ;
2. les changer entre chaque personne ;
3. procéder à l'hygiène des mains entre chaque changement de gants.

Notes



Ouverture d'un emballage stérile et d'un champ stérile

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. **Se laver les mains avec du savon antiseptique.**
2. **Vérifier les dates d'expiration.**
3. **Nettoyer et désinfecter la surface de travail avec une lingette désinfectante.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

4. **Préparer un emballage stérile ou un champ stérile.**
   - 4.1 **Ouvrir un emballage stérile.**
   - 4.2 **Ouvrir un champ stérile.**
5. **Ajouter des objets stériles.**
   - 5.1 **Tenir et ouvrir l'emballage contenant le matériel stérile ou les instruments stériles à l'extérieur du champ stérile.**
   - 5.2 **Tenir l'emballage à au moins 15 cm au-dessus du champ stérile et le renverser pour laisser tomber le matériel.**

ÉTAPE POSTEXÉCUTOIRE

6. **Utiliser le matériel en respectant une technique stérile.**

SITUATION CLINIQUE

MONIQUE DUPUIS, 68 ans, a été opérée pour la pose d'une prothèse totale de la hanche droite hier. Le médecin la visite afin de retirer le pansement opératoire et de vérifier la plaie. Il vous demande de lui préparer un champ stérile et d'y ajouter des compresses et des ciseaux stériles.

Notions de base

Le recours à un champ stérile est indiqué dans le cas des interventions exigeant l'utilisation d'une surface stérile telles que la réfection d'un pansement ou le dépôt d'instruments chirurgicaux. Tout champ stérile doit être manipulé dans le respect rigoureux des principes d'asepsie. Pour demeurer stérile, le champ doit être déployé sur une surface propre, désinfectée et sèche : une surface souillée et humide entraînerait sa contamination par capillarité. Il est à noter que la bordure intérieure de 2,5 cm entourant le champ stérile est considérée dans tous les cas comme contaminée, de même que toute la surface du champ se trouvant à l'extérieur de la table. Pendant les interventions, il est important de s'abstenir de passer inutilement au-dessus du champ stérile, afin d'éviter de le contaminer.

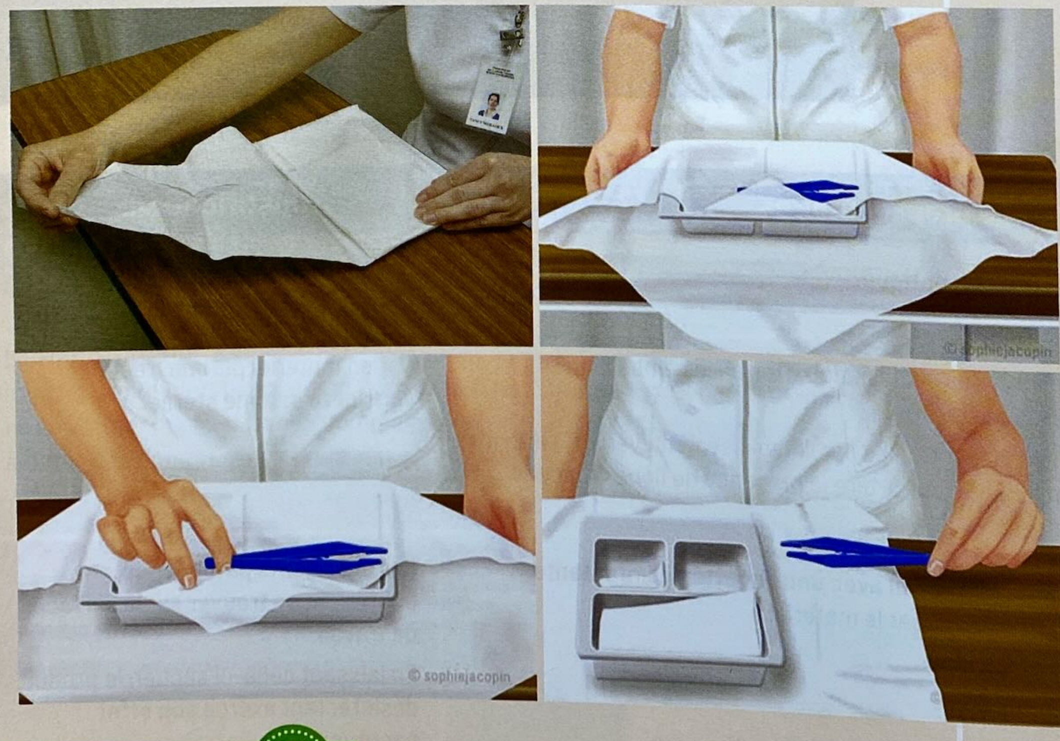
Matériel

- Emballage stérile ❶
- Champ stérile ❷
- Tout autre objet stérile nécessaire selon les soins à prodiguer

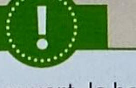


Étapes préexécutoires	Justifications
❶ **Se laver les mains avec du savon antiseptique.**	Afin de détruire les microorganismes présents à la surface de la peau.
❷ **Vérifier les dates d'expiration** inscrites sur les étiquettes ou les emballages du matériel indiquant que celui-ci a été stérilisé. En présence de matériel réutilisable et stérilisé par l'établissement, vérifier l'intégrité du sceau appliqué sur les emballages, c'est-à-dire la présence de lignes foncées indiquant que le matériel est stérile.	Car un matériel périmé n'est pas considéré comme stérile.
❸ **Nettoyer et désinfecter la surface de travail avec une lingette désinfectante** et laisser sécher la surface avant d'y déposer le matériel. **N'OUBLIEZ PAS !** La surface de travail doit être située au-dessus des hanches, car tout objet stérile manipulé sous les hanches ou hors de la vue est considéré comme contaminé.	Car des agents pathogènes pourraient se trouver sur la surface de travail. En laissant celle-ci sécher, le produit désinfectant exerce son effet bactéricide.

Étapes exécutoires	Justifications
4 **Préparer un emballage stérile ou un champ stérile,** selon le cas. **4.1** Ouvrir un emballage stérile. **4.2** Ouvrir un champ stérile.	
4.1 Ouvrir un emballage stérile.	
4.1.1 Placer l'emballage stérile au centre de la surface de travail et orienter le rabat d'ouverture ou le sceau de stérilisation vers soi. En présence d'un sceau de stérilisation, stabiliser l'emballage en plaçant au moins un doigt au centre de celui-ci et retirer le sceau. 	Afin de faciliter les manipulations et de diminuer le risque de contamination accidentelle du matériel stérile pendant l'ouverture.
4.1.2 Saisir le rabat supérieur de l'emballage, le soulever et le tirer vers l'arrière. Se tenir éloignée de l'emballage afin d'éviter de le toucher avec l'avant-bras ou l'uniforme. Pour les nécessaires à pansement comportant une pince stérile entre le premier rabat et le reste du champ, toujours manipuler la pince par le manche et déposer son extrémité stérile à l'intérieur du champ stérile, dans sa partie stérile, soit à 2,5 cm du bord.	Afin d'éviter de contaminer l'emballage avec les bras ou les vêtements. Afin de manipuler le contenu du nécessaire de manière stérile sans avoir à mettre de gants stériles.



N'OUBLIEZ PAS



Une fois l'emballage ouvert, la bordure de 2,5 cm au pourtour du champ stérile est considérée comme contaminée.

Étapes exécutoires		Justifications
4.1.3 Saisir la partie extérieure du rabat latéral gauche de l'emballage et l'ouvrir en le rabattant sur la surface de travail. Répéter l'opération pour le rabat latéral droit. Toujours garder les bras à l'extérieur de l'emballage stérile.		Afin d'éviter de contaminer le contenu de l'emballage.

N'OUBLIEZ PAS 

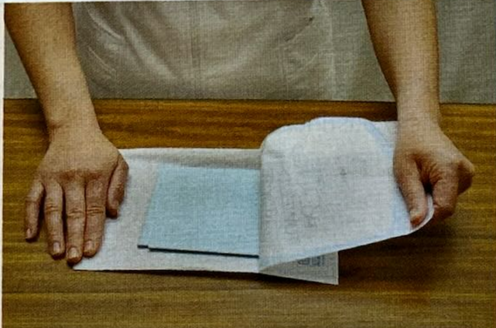
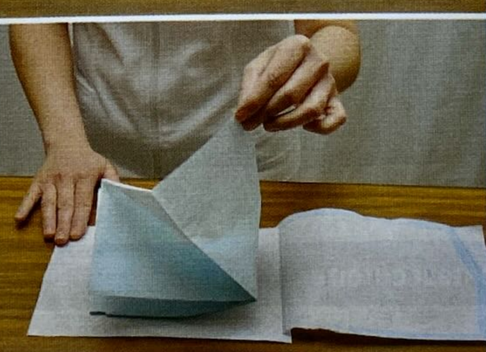
Si les bras ou les mains passent au-dessus du contenu stérile, celui-ci est contaminé.

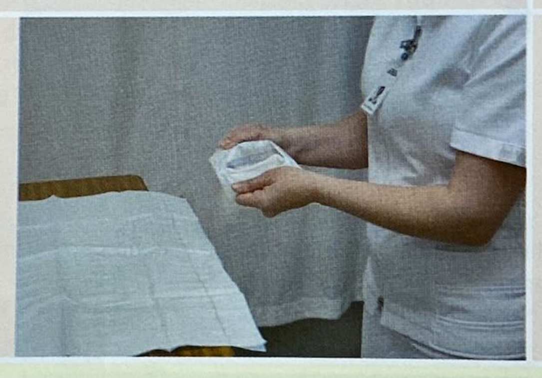
Étapes exécutoires		Justifications
4.1.4 Saisir l'extérieur du dernier rabat et, tout en s'éloignant de l'emballage stérile, l'ouvrir vers soi de façon à le mettre à plat sur la surface de travail. Passer à l'étape 5.		Parce que ce rabat est le plus près de soi, il est important de se tenir éloignée de la surface de travail pendant son ouverture pour diminuer les risques de contamination par contact avec les vêtements.

SITUATION CLINIQUE

Lorsque vous ouvrez le dernier rabat de l'emballage stérile, celui de gauche se referme sur le champ. Celui-ci est-il toujours stérile ? Justifiez votre réponse.

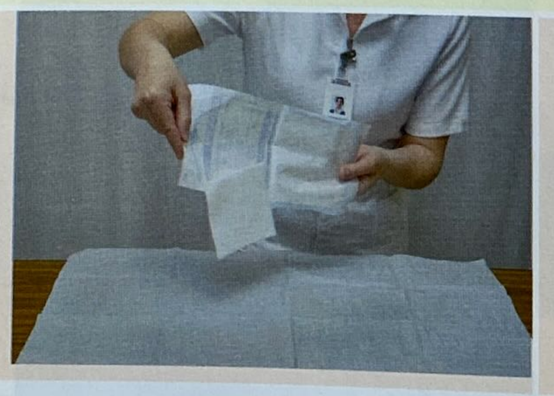
4.2 Ouvrir un champ stérile.

Étapes exécutoires		Justifications
4.2.1 Ouvrir l'enveloppe du champ stérile en séparant les feuillets avec précaution de manière à ne pas toucher au champ qui se trouve à l'intérieur.		Afin de prévenir la contamination du champ stérile.
4.2.2 Saisir d'une main le coin extérieur du champ stérile et le soulever délicatement. Le déployer en évitant qu'il entre en contact avec d'autres objets.		Afin de prévenir la contamination accidentelle.

Étapes exécutoires		Justifications
4.2.3 Saisir de l'autre main le coin opposé du champ stérile et le soulever en l'éloignant du corps.		Toujours manipuler le champ par la bordure de 2,5 cm qui l'entoure. Il faut cependant éviter que le champ entre en contact avec le corps ou avec tout objet non stérile.
4.2.4 Déposer le champ stérile sur la surface de travail en procédant comme suit. • Déposer d'abord la moitié inférieure (la plus éloignée de soi) du champ stérile sur la surface de travail. • Déposer ensuite la moitié supérieure (la plus près de soi).		Afin de faciliter la mise en place du champ et de minimiser les risques de contamination accidentelle.
5 Ajouter des objets stériles.		
5.1 Tenir et ouvrir l'emballage contenant le matériel stérile ou les instruments stériles à l'extérieur du champ stérile.		Car les agents pathogènes se trouvant sur l'emballage pourraient tomber sur le champ stérile et le contaminer.

SITUATION CLINIQUE

Lorsque vous ouvrez l'enveloppe de compresses stériles, cette dernière se déchire. Pouvez-vous considérer les compresses comme étant toujours stériles ? Justifiez votre réponse.

5.2 Tenir l'emballage à au moins 15 cm au-dessus du champ stérile et le renverser pour laisser tomber le matériel au centre du champ stérile. S'assurer que l'emballage n'entre pas en contact avec le champ stérile. Le cas échéant, jeter le champ stérile et recommencer la procédure complète.		Pour prévenir la contamination du champ stérile par contact avec l'emballage.

Étape postexécutoire	Justification
6 Utiliser le matériel en respectant une technique stérile.	Pour assurer une asepsie appropriée.



Port de l'équipement de protection individuelle et interventions auprès d'une personne en isolement

RÉSUMÉ DES ÉTAPES



ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Évaluer les indications du port de l'ÉPI.
2. Prendre connaissance des politiques et procédures de l'établissement concernant les mesures d'isolement et de prévention des infections.
3. S'informer auprès de l'équipe de soins de l'état mental de la personne et de sa capacité à respecter les mesures d'isolement.
4. Procéder à l'hygiène des mains.

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

5. S'assurer d'avoir préparé les médicaments, le matériel uniservice ou l'équipement nécessaire aux soins.
6. Si un prélèvement doit être effectué, ouvrir un sac biorisque et le coller sur le cadre de la porte de la chambre.

METTRE L'ÉPI.

7. Mettre une blouse de protection.
   - 7.1 Mettre la blouse en s'assurant qu'elle recouvre les vêtements.
   - 7.2 Attacher la blouse.
8. Mettre un masque de procédure.
   - 8.1 Mettre un masque de procédure à cordons.
   - 8.2 Mettre un masque de procédure à bandes élastiques.
9. Mettre une protection oculaire.
   - 9.1 Mettre un masque de procédure avec visière.
   - 9.2 Mettre des lunettes de protection.
   - 9.3 Mettre une visière.
10. Mettre des gants non stériles.
11. Expliquer à la personne soignée et à sa famille les objectifs des mesures de PCI et les informer des précautions qui doivent être prises.
12. Évaluer les signes de détresse émotionnelle que peut générer la situation d'isolement.
13. Procéder aux interventions nécessaires.

Port de l'équipement de protection individuelle et interventions auprès d'une personne en isolement (*suite*)

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

RETIRER L'ÉPI.

14 Retirer les gants non stériles.

14.1 De la main non dominante, saisir le gant de l'autre main en pinçant le haut de celui-ci au milieu du poignet.

14.2 Avec la main nue, insérer l'index et le majeur sous l'autre gant.

14.3 Tirer le gant vers le bas jusqu'à ce qu'il recouvre le premier gant.

15 Procéder à l'hygiène des mains.

16 Retirer la blouse de protection.

16.1 Détacher les cordons au niveau de la taille. Détacher ensuite les cordons au niveau du cou. Les ramener vers l'avant.

16.2 Saisir l'intérieur de la blouse dans la partie supérieure de la manche et la faire glisser sur le bras pour la retirer en la retournant.

16.3 Tenir la blouse éloignée de soi et la rouler en boule. Se défaire de la blouse.

17 Procéder à l'hygiène des mains.

18 Retirer la protection oculaire.

18.1 Retirer le masque de procédure avec visière.

18.2 Retirer les lunettes de protection.

18.3 Retirer la visière.

19 Retirer le masque de procédure.

19.1 Retirer le masque de procédure à cordons.

19.2 Retirer le masque de procédure à bandes élastiques.

20 Procéder à l'hygiène des mains.

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

21 Mettre tous les objets de la personne à sa portée et lui indiquer l'heure approximative de la prochaine visite.

22 Prévoir de rapporter le matériel manquant.

SITUATION CLINIQUE

MONIQUE DUPUIS, 68 ans, est en isolement de contact préventif, car elle a eu 3 épisodes de diarrhées depuis ce matin.

Notions de base

En plus d'une bonne hygiène des mains, le port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) et les mesures d'isolement constituent l'ensemble des moyens de prévention utilisés dans les établissements de santé afin de :

- prévenir la transmission des infections nosocomiales ou autres ;
- protéger l'infirmière et la personne soignée contre la projection ou l'inhalation de particules contaminées ;
- protéger l'infirmière et la personne soignée au moment de l'administration de médicaments cytotoxiques.

L'ÉPI comprend la blouse de protection (jetable ou réutilisable), le masque de procédure, la protection oculaire (lunettes de protection ou visière) et les gants.

En cas d'isolement préventif, l'infirmière est responsable de l'évaluation continue de l'état de santé de la personne et elle doit collaborer avec les infirmières spécialisées en prévention et en contrôle des infections (PCI), ainsi qu'avec le microbiologiste impliqué dans le dossier.

Matériel

- Blouse de protection 1
- Lunettes de protection 2 ou visière 3
- Masque de procédure avec visière 4
- Gants non stériles 5
- Masques de procédure à bandes élastiques 6 ou à cordons 7
- Tout autre matériel nécessaire selon les soins à prodiguer



Étapes préexécutoires	Justifications
ÉVALUATION	
1 **Évaluer les indications du port de l'ÉPI** (résultats d'analyses de laboratoire, administration de médicaments cytotoxiques, antécédents ou risques pour la personne soignée) afin de sélectionner la mesure de protection adaptée à la situation de soins.	Afin d'adapter la mesure de protection à l'état de santé de la personne et de préparer le matériel requis selon les soins à lui prodiguer.

Étapes préexécutoires	Justifications
2 **Prendre connaissance des politiques et procédures de l'établissement concernant les mesures d'isolement et de prévention des infections** à mettre en place. Consulter l'infirmière spécialisée en PCI au besoin.	Au Québec, ces mesures sont dictées par le Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ).
3 **S'informer auprès de l'équipe de soins de l'état mental de la personne et de sa capacité à respecter les mesures d'isolement.**	La considération de la réalité vécue par la personne soignée permet d'obtenir une meilleure collaboration de sa part.
4 **Procéder à l'hygiène des mains.**	Afin de détruire les microorganismes présents à la surface de la peau et d'éviter la transmission d'agents pathogènes.

Étapes exécutoires	Justifications
5 **S'assurer d'avoir préparé les médicaments, le matériel uniservice ou l'équipement nécessaire aux soins.**	
N'OUBLIEZ PAS ! Le matériel dédié à la personne soignée, comme le stéthoscope et le thermomètre, doit rester dans la chambre. Le matériel partagé, comme le saturomètre et le glucomètre, doit être ensaché avant l'entrée dans la chambre et nettoyé minutieusement avec une lingette désinfectante à la sortie de la chambre. Le matériel de soins emballé n'ayant pas été utilisé (pansements, compresses, seringues, etc.) ne peut sortir de la chambre ni être utilisé pour une autre personne. Il doit être jeté au moment du congé de la personne soignée.	Tout matériel qui sort d'une chambre d'isolement doit être nettoyé minutieusement avec une lingette désinfectante dès la sortie afin de prévenir la transmission d'agents pathogènes, et ce, malgré qu'il ait été ensaché.
6 **Si un prélèvement doit être effectué, ouvrir un sac biorisque et le coller sur le cadre de la porte de la chambre.**	Afin d'avoir le sac à proximité pour y déposer le prélèvement.
Mettre l'ÉPI.	
7 **Mettre une blouse de protection.**	
7.1 **Mettre la blouse en s'assurant qu'elle recouvre les vêtements.**	Afin de protéger les avant-bras et les vêtements, diminuant ainsi la propagation d'agents pathogènes par des vêtements contaminés.

Étapes exécutoires	Justifications
7.2 Attacher la blouse au niveau du cou. Refermer les panneaux arrière de façon qu'ils se chevauchent et nouer les cordons autour de la taille.	Afin d'éviter l'ouverture accidentelle de la blouse pendant les interventions auprès de la personne.

N'OUBLIEZ PAS



La blouse de protection doit être changée dès qu'elle est déchirée ou souillée par des liquides biologiques.

Étapes exécutoires	Justifications
8 Mettre un masque de procédure selon l'une des méthodes suivantes. **8.1** Mettre un masque de procédure à cordons. **8.2** Mettre un masque de procédure à bandes élastiques.	Afin de protéger l'infirmière ou la personne soignée de la projection de gouttelettes provenant des voies respiratoires.

SITUATION CLINIQUE

Étant donné la situation de madame Dupuis, devez-vous porter un masque ? Justifiez votre réponse.

Étapes exécutoires	Justifications
8.1 Mettre un masque de procédure à cordons (aussi appelé masque chirurgical).	
8.1.1 Saisir le bord supérieur du masque muni d'une fine bande de métal flexible et le mouler selon la courbure du nez. 	Afin d'éviter que l'air expiré sorte par la partie supérieure du masque ou que des gouttelettes y entrent.
8.1.2 Saisir les deux cordons de la partie supérieure du masque et les nouer derrière la tête en les passant au-dessus des oreilles. 	Afin d'empêcher les cordons de glisser vers la nuque et, ce faisant, de déplacer le masque.
8.1.3 Saisir les deux cordons de la partie inférieure du masque et les nouer derrière la tête à la base de la nuque en s'assurant que le masque recouvre bien le dessous du menton. 	Afin d'assurer une meilleure stabilité au masque. Afin d'éviter que l'air expiré sorte par la partie inférieure du masque ou que des gouttelettes y entrent.

Étapes exécutoires	Justifications
8.1.4 Réajuster la bande métallique sur le nez. Passer à l'étape **9**.	Pour être efficace, le masque doit épouser les formes naturelles du visage et couvrir à la fois la bouche et le nez.
8.2 Mettre un masque de procédure à bandes élastiques.	
8.2.1 Saisir le bord supérieur du masque muni d'une fine bande de métal flexible et le mouler selon la courbure du nez. 	Afin d'éviter que l'air expiré sorte par la partie supérieure du masque ou que des gouttelettes y entrent.
8.2.2 Saisir la partie supérieure des boucles et passer celles-ci au-dessus de chaque oreille. 	Afin que les oreilles retiennent les boucles élastiques et assurent ainsi la stabilité du masque.
8.2.3 Tirer le bord inférieur du masque en s'assurant qu'il recouvre bien le dessous du menton et réajuster la bande métallique sur le nez.	Afin d'éviter que l'air expiré sorte par les parties inférieure ou supérieure du masque ou que des gouttelettes y entrent.

ALERTE CLINIQUE

Endommagement du masque

Un masque de procédure mouillé, humide ou souillé perd son efficacité et son pouvoir de protection. Il doit alors être changé.

9 **Mettre une protection oculaire** selon l'une des méthodes suivantes. **9.1** Mettre un masque de procédure avec visière. **9.2** Mettre des lunettes de protection. **9.3** Mettre une visière.	

SITUATION CLINIQUE

Étant donné la situation de madame Dupuis, devez-vous protéger vos yeux? Justifiez votre réponse.

9.1 Mettre un masque de procédure avec visière.	Afin de protéger les yeux, le nez, la bouche et la peau du visage des éclaboussures de liquides biologiques.

Étapes exécutoires	Justifications
9.1.1 Saisir le bord supérieur du masque muni d'une fine bande de métal flexible et le mouler selon la courbure du nez. 	Afin d'éviter que l'air expiré sorte par la partie supérieure du masque ou que des gouttelettes y entrent.
9.1.2 Saisir les deux cordons de la partie supérieure du masque et les nouer derrière la tête en les passant au-dessus des oreilles.	Afin d'empêcher les cordons de glisser vers la nuque et, ce faisant, de déplacer le masque-visière.
9.1.3 Saisir les deux cordons de la partie inférieure du masque et les nouer derrière la tête à la base de la nuque en s'assurant que le masque recouvre bien le dessous du menton. 	Afin d'assurer une meilleure stabilité du masque-visière, car la visière protège les yeux des éclaboussures de liquides biologiques.
9.1.4 Réajuster la bande métallique sur le nez. Passer à l'étape 10.	Afin d'assurer une stabilité à la visière et d'éviter que l'air expiré sorte par la partie supérieure du masque ou que des gouttelettes y entrent.
9.2 Mettre des lunettes de protection.	
9.2.1 Saisir les lunettes de protection et les poser sur le nez et les oreilles comme toute autre paire de lunettes. Les ajuster de façon qu'elles soient bien stables. Passer à l'étape 10. 	Afin d'assurer une meilleure stabilité aux lunettes, car celles-ci protègent les yeux des éclaboussures de liquides biologiques.
9.3 Mettre une visière.	Afin de protéger les yeux des éclaboussures de liquides biologiques.
9.3.1 Saisir le bord supérieur et la bande élastique de la visière, puis poser celle-ci sur le front. 	

MS 1.4

Étapes exécutoires	Justifications
9.3.2 Ajuster la bande élastique de la visière. 	Afin de permettre une meilleure stabilité de la visière et de diminuer le risque d'éclaboussures dans les yeux.
10 **Mettre des gants non stériles en les rabattant par-dessus les poignets de la blouse.** 	En recouvrant les poignets de la blouse, on assure l'étanchéité du joint poignet-gant, diminuant ainsi le risque de contamination.

ALERTE CLINIQUE

Port inadéquat de la blouse

Il faut éviter de trouer la blouse et d'y glisser les pouces. Cette manœuvre crée une ouverture pouvant favoriser l'infiltration d'agents pathogènes.

Étapes exécutoires	Justifications
11 **Expliquer à la personne soignée et à sa famille les objectifs des mesures de PCI et les informer des précautions qui doivent être prises.** Enseigner à la famille comment mettre et retirer l'ÉPI. Répondre aux questions des membres de la famille.	Afin de favoriser une meilleure collaboration de la personne et de sa famille et de diminuer le risque que les membres de la famille transportent des agents pathogènes hors de la chambre sans le savoir.

ÉVALUATION

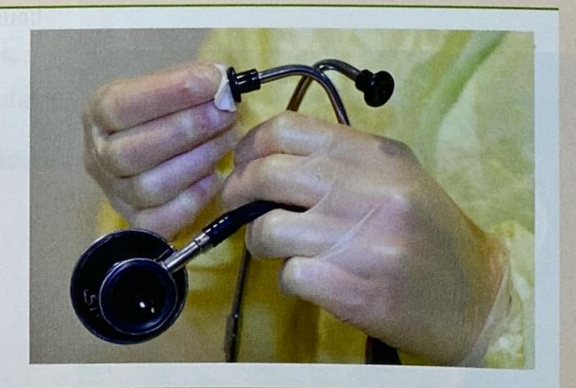


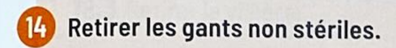
Étapes exécutoires	Justifications
12 **Évaluer les signes de détresse émotionnelle que peut générer la situation d'isolement.**	Car l'état émotif de la personne peut influencer positivement ou négativement son processus de guérison.
13 **Procéder aux interventions nécessaires.**	

N'OUBLIEZ PAS



Même si le stéthoscope est dédié à la personne soignée, il faut toujours nettoyer les embouts auriculaires, le pavillon et la cloche avec un tampon d'alcool 70 %, avant et après chaque utilisation.





Il n'y a pas de tampons d'alcool disponibles dans la chambre de madame Dupuis, mais vous en avez dans la poche de votre uniforme. Pouvez-vous les utiliser ? Justifiez votre réponse.

Étapes exécutoires		Justifications
Retirer l'ÉPI.		
14 **Retirer les gants non stériles.**		
14.1 De la main non dominante, saisir le gant de l'autre main en pinçant le haut de celui-ci au milieu du poignet. Le tirer vers le bout des doigts en le retournant à l'envers. Garder le gant dans la paume de la main gantée. Éviter que la peau entre en contact avec la surface extérieure du gant.		Afin que la partie souillée du gant soit emprisonnée et n'entre pas en contact avec la peau.
14.2 Avec la main nue, insérer l'index et le majeur sous l'autre gant jusqu'à la base de la paume de la main.		Pour faciliter le retrait du deuxième gant.
14.3 Tirer le gant vers le bas jusqu'à ce qu'il recouvre le premier gant pour former une boule. Jeter les gants à la poubelle.		Ainsi, les surfaces contaminées sont contenues dans la boule. Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.
15 **Procéder à l'hygiène des mains.**		Afin de détruire les microorganismes présents à la surface de la peau.
16 **Retirer la blouse de protection.**		
16.1 Détacher les cordons au niveau de la taille.		

Étapes exécutoires		Justifications
Détacher ensuite les cordons au niveau du cou.		Afin de diminuer le risque de transmission d'agents pathogènes.
Les ramener vers l'avant en les abaissant vers les coudes afin de dégager les épaules.		
16.2 Saisir l'intérieur de la blouse dans la partie supérieure de la manche et la faire glisser sur le bras pour la retirer en la retournant.		Afin d'éviter d'entrer en contact avec sa surface contaminée.
Répéter la procédure pour l'autre manche.		
16.3 Tenir la blouse éloignée de soi et la rouler en boule en évitant de toucher sa surface extérieure. **Se défaire de la blouse.** S'il s'agit d'une blouse jetable, la jeter à la poubelle. S'il s'agit d'une blouse réutilisable, la déposer dans le sac à linge souillé prévu à cet effet.		Afin d'éviter de toucher à la surface extérieure de la blouse pour diminuer le risque de contamination.

Étapes exécutoires	Justifications
17 **Procéder à l'hygiène des mains.**	Afin de détruire les microorganismes présents à la surface de la peau.
18 **Retirer la protection oculaire** selon l'une des méthodes suivantes. **18.1** Retirer le masque de procédure avec visière. **18.2** Retirer les lunettes de protection. **18.3** Retirer la visière.	
18.1 **Retirer le masque de procédure avec visière.**	
18.1.1 Détacher les cordons de la partie inférieure du masque, puis ceux de la partie supérieure. Éloigner le masque du visage en le tenant par les cordons.	Afin d'éviter de toucher la partie extérieure du masque, considérée comme contaminée.
18.1.2 Jeter le masque avec visière à la poubelle. Passer à l'étape **20**.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
18.2 **Retirer les lunettes de protection.**	
18.2.1 Retirer les lunettes de protection en saisissant les branches au-dessus des oreilles et en les éloignant du visage.	Afin d'éviter de toucher à une zone contaminée, comme le devant des lunettes.
18.2.2 Jeter les lunettes à la poubelle ou les désinfecter avec une lingette désinfectante, selon la procédure de l'établissement. Passer à l'étape **19**.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
18.3 **Retirer la visière.**	
18.3.1 Retirer la visière en inclinant légèrement la tête vers le bas et en saisissant la bande élastique derrière la tête.	Afin d'éviter de toucher la zone contaminée.
18.3.2 Jeter la visière à la poubelle ou la désinfecter avec une lingette désinfectante, selon la procédure de l'établissement.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.

MS 1.4

Étapes exécutoires	Justifications
19 **Retirer le masque de procédure** selon l'une des méthodes suivantes. **19.1** Retirer le masque de procédure à cordons. **19.2** Retirer le masque de procédure à bandes élastiques.	
19.1 Retirer le masque de procédure à cordons.	
19.1.1 Détacher les cordons de la partie inférieure du masque, puis ceux de la partie supérieure. Éloigner le masque du visage en le tenant par les cordons.	Afin d'éviter de toucher la partie extérieure du masque, considérée comme contaminée.
19.1.2 Jeter le masque à la poubelle. Passer à l'étape **20**.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
19.2 Retirer le masque de procédure à bandes élastiques.	
19.2.1 Saisir les boucles élastiques et les élever au-dessus des oreilles en éloignant le masque du visage.	Afin d'éviter de toucher la partie extérieure du masque, considérée comme contaminée.
19.2.2 Jeter le masque à la poubelle.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
20 **Procéder à l'hygiène des mains.**	Afin de détruire les microorganismes présents à la surface de la peau.

SITUATION CLINIQUE

Dans le cas d'un isolement qu'impose le *Clostridium difficile*, vous devez vous laver les mains à l'eau et au savon en sortant de la chambre d'isolement. Pourquoi ?

Étapes postexécutoires	Justifications
21 Au moment de quitter la chambre d'isolement, **mettre tous les objets de la personne à sa portée et lui indiquer l'heure approximative de la prochaine visite.**	Afin de rassurer la personne.
22 **Prévoir de rapporter le matériel manquant** pour procéder aux prochains soins de la personne.	Afin d'éliminer les pertes de temps et d'accroître son efficacité.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- Tout traitement effectué pendant la visite à la personne soignée.
- La réaction de la personne et sa collaboration.

NOTES D'ÉVOLUTION

Monique Dupuis **Dossier 123456**

2021-04-14 09:20 À mon arrivée, verbalise ses pensées : « J'ai l'impression d'avoir la peste. Personne ne vient dans ma chambre, et vous êtes toutes habillées de la tête aux pieds quand vous venez. » Relation d'aide faite, explications données concernant PCI. Dit mieux comprendre. PTI modifié. Vitalie Perreault, inf.

Notes

Étapes exécutoires		Justifications
Détacher ensuite les cordons au niveau du cou.		Afin de diminuer le risque de transmission d'agents pathogènes.
Les ramener vers l'avant en les abaissant vers les coudes afin de dégager les épaules.		
16.2 **Saisir l'intérieur de la blouse dans la partie supérieure de la manche et la faire glisser sur le bras pour la retirer en la retournant.**		Afin d'éviter d'entrer en contact avec sa surface contaminée.
Répéter la procédure pour l'autre manche.		
16.3 **Tenir la blouse éloignée de soi et la rouler en boule** en évitant de toucher sa surface extérieure. **Se défaire de la blouse.** S'il s'agit d'une blouse jetable, la jeter à la poubelle. S'il s'agit d'une blouse réutilisable, la déposer dans le sac à linge souillé prévu à cet effet.		Afin d'éviter de toucher à la surface extérieure de la blouse pour diminuer le risque de contamination.

Étapes exécutoires	Justifications
17 **Procéder à l'hygiène des mains.**	Afin de détruire les microorganismes présents à la surface de la peau.
18 **Retirer la protection oculaire** selon l'une des méthodes suivantes. **18.1** Retirer le masque de procédure avec visière. **18.2** Retirer les lunettes de protection. **18.3** Retirer la visière.	
18.1 **Retirer le masque de procédure avec visière.**	
18.1.1 Détacher les cordons de la partie inférieure du masque, puis ceux de la partie supérieure. Éloigner le masque du visage en le tenant par les cordons.	Afin d'éviter de toucher la partie extérieure du masque, considérée comme contaminée.
18.1.2 Jeter le masque avec visière à la poubelle. Passer à l'étape **20**.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
18.2 **Retirer les lunettes de protection.**	
18.2.1 Retirer les lunettes de protection en saisissant les branches au-dessus des oreilles et en les éloignant du visage.	Afin d'éviter de toucher à une zone contaminée, comme le devant des lunettes.
18.2.2 Jeter les lunettes à la poubelle ou les désinfecter avec une lingette désinfectante, selon la procédure de l'établissement. Passer à l'étape **19**.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
18.3 **Retirer la visière.**	
18.3.1 Retirer la visière en inclinant légèrement la tête vers le bas et en saisissant la bande élastique derrière la tête.	Afin d'éviter de toucher la zone contaminée.
18.3.2 Jeter la visière à la poubelle ou la désinfecter avec une lingette désinfectante, selon la procédure de l'établissement.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes exécutoires	Justifications
19 **Retirer le masque de procédure** selon l'une des méthodes suivantes. **19.1** Retirer le masque de procédure à cordons. **19.2** Retirer le masque de procédure à bandes élastiques.	
19.1 **Retirer le masque de procédure à cordons.**	
19.1.1 Détacher les cordons de la partie inférieure du masque, puis ceux de la partie supérieure. Éloigner le masque du visage en le tenant par les cordons. 	Afin d'éviter de toucher la partie extérieure du masque, considérée comme contaminée.
19.1.2 Jeter le masque à la poubelle. Passer à l'étape **20**.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
19.2 **Retirer le masque de procédure à bandes élastiques.**	
19.2.1 Saisir les boucles élastiques et les élever au-dessus des oreilles en éloignant le masque du visage.	Afin d'éviter de toucher la partie extérieure du masque, considérée comme contaminée.
19.2.2 Jeter le masque à la poubelle.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
20 **Procéder à l'hygiène des mains.**	Afin de détruire les microorganismes présents à la surface de la peau.

SITUATION CLINIQUE

Dans le cas d'un isolement qu'impose le *Clostridium difficile*, vous devez vous laver les mains à l'eau et au savon en sortant de la chambre d'isolement. Pourquoi ?

Étapes postexécutoires	Justifications
21 Au moment de quitter la chambre d'isolement, **mettre tous les objets de la personne à sa portée et lui indiquer l'heure approximative de la prochaine visite.**	Afin de rassurer la personne.
22 **Prévoir de rapporter le matériel manquant** pour procéder aux prochains soins de la personne.	Afin d'éliminer les pertes de temps et d'accroître son efficacité.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- Tout traitement effectué pendant la visite à la personne soignée.
- La réaction de la personne et sa collaboration.

NOTES D'ÉVOLUTION

Monique Dupuis **Dossier 123456**

2021-04-14 09:20 À mon arrivée, verbalise ses pensées : « J'ai l'impression d'avoir la peste. Personne ne vient dans ma chambre, et vous êtes toutes habillées de la tête aux pieds quand vous venez. » Relation d'aide faite, explications données concernant PCI. Dit mieux comprendre. PTI modifié. Vitalie Perreault, inf.

Notes

SECTION

2 Soins d'hygiène, de confort et de mobilité

RÉDACTION : Carole Lemire, inf., M. Éd.
RÉVISION SCIENTIFIQUE : Wendy Camacho, inf., B. Sc.
Ruth Eneida Molina, inf., B. Sc., ICSG(C)

i+ **Consultez ces méthodes de soins sur la plateforme numérique.**

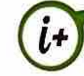


Guide d'étude

J'optimise mes apprentissages en effectuant les activités proposées au chapitre 20, p. 83 à 85, au chapitre 21, p. 86 à 91, au chapitre 22, p. 92 à 97, et au chapitre 26, p. 107 à 110.

Manuel

Chapitre 20 – Hygiène, p. 636
Chapitre 21 – Intégrité de la peau et soins de plaies, p. 672
Chapitre 22 – Mobilité et exercice, p. 718
Chapitre 26 – Prévention des risques, p. 838



Ressources en ligne

- Grilles d'observation
- Solutionnaire – Questions liées aux situations cliniques



Bain complet ou partiel au lit

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer le maintien d'un environnement propre.
9. Assurer l'intimité de la personne.
10. **Évaluer l'état de la personne.**
11. **Vérifier si la mobilisation de la personne fait l'objet de certaines restrictions.**
12. **Évaluer le degré d'atteinte de l'intégrité de la peau.**
13. **Vérifier si la personne ressent le besoin d'aller aux toilettes.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

14. **Remplir le bassin d'eau chaude. Vérifier la température de l'eau.**
15. **Abaisser la ridelle.**
16. **Régler la hauteur du lit.**
17. **Lever la tête du lit à un angle de 30°. Installer la personne confortablement.**
18. **Déplacer les couvertures vers le pied du lit. Couvrir la personne au moyen du drap.**
19. **Mettre des gants non stériles.**
20. **Nettoyer les yeux.**
21. **Nettoyer le visage.**
22. **Procéder au nettoyage du haut du corps.**
    - 22.1 **Abaisser le drap couvrant la personne, retirer la chemise d'hôpital et l'utiliser pour couvrir la poitrine de la personne.**
    - 22.2 **Laver les bras.**
    - 22.3 **Découvrir la poitrine de la personne et la laver.**
    - 22.4 **Recouvrir la poitrine et l'abdomen de la personne.**
23. **Procéder au nettoyage du bas du corps.**
    - 23.1 **Découvrir une jambe. Placer une serviette sous la jambe.**
    - 23.2 **Laver la jambe.**
    - 23.3 **Laver le pied. Nettoyer les ongles des orteils et les couper.**
    - 23.4 **Répéter les étapes 23.1 à 23.3 avec l'autre jambe.**
    - 23.5 **Couvrir les jambes.**
    - 23.6 **Changer l'eau du bassin.**
    - 23.7 **Découvrir les organes génitaux.**
    - 23.8 **Laver les organes génitaux.**
24. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle, puis procéder à l'hygiène des mains.**
25. **Changer l'eau du bassin.**
26. **Procéder au nettoyage de la région dorsale et du siège.**
    - 26.1 **Aider la personne à prendre la position de décubitus latéral. Maintenir la personne couverte.**
    - 26.2 **Mettre de nouveaux gants.**
    - 26.3 **Prendre une nouvelle débarbouillette et laver le dos de la personne.**
    - 26.4 **Nettoyer le pli interfessier et la région anale, puis bien les assécher.**
27. **Vider le bassin d'eau.**
28. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle, puis procéder à l'hygiène des mains.**
29. **Appliquer une lotion hydratante sur le dos de la personne en frictionnant la peau.**
30. **Laver les cheveux de la personne.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

31 **Retirer les draps souillés et les mettre, ainsi que les serviettes et les débarbouillettes, dans le panier à linge.**
32 **Aider la personne à s'habiller.**
33 **Refaire le lit.**
34 **Nettoyer et ranger le matériel.**
35 Réinstaller la personne dans le lit.
36 Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
37 Procéder à l'hygiène des mains.
38 Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
39 Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

SITUATION CLINIQUE

LAURENT BÉLANGER, 66 ans, est hospitalisé à la suite d'une chirurgie reconstructive du plancher de la cavité buccale. Il est porteur d'une trachéotomie et d'une gastrostomie. Il communique par écrit à l'aide d'un petit tableau, car il ne peut pas parler. Il récupère bien de sa chirurgie et collabore aux soins.

Notions de base

Le bain permet à l'infirmière d'évaluer l'état physique et psychologique de la personne, entre autres en ce qui a trait à sa tolérance à l'activité, à sa capacité à collaborer aux activités de soins, à sa fonction musculosquelettique et à l'intégrité de sa peau. Il assure la protection des téguments de la personne tout en favorisant sa circulation sanguine.

Pendant le bain, il est important de préserver l'intimité de la personne, d'assurer son confort et de maintenir sa chaleur corporelle en évitant de laver une trop grande surface à la fois et en fermant portes et fenêtres de façon à éliminer les courants d'air. Encourager la personne à participer à ses soins d'hygiène favorise son autonomie et la prise en charge de ses soins.

Dans le but de prévenir les blessures, il est important, pour tous les membres du personnel, de respecter les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) en tout temps.

Matériel

- Literie propre ❶
- Bassin ❷
- Articles de toilette de la personne (brosse, peigne, déodorant, lotion hydratante, etc.) ❸
- Savon ou solution nettoyante sans rinçage ❹ et shampoing sec ❺
- Serviettes de bain (2) et débarbouillettes (4) ❻
- Gants non stériles ❼
- Papier hygiénique, au besoin
- Coupe-ongles, au besoin
- Protecteur cutané, au besoin
- Chemise d'hôpital ou vêtements personnels



Étapes préexécutoires	Justifications
 1 à 9 Effectuer les étapes A à I présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
ÉVALUATION  10 **Évaluer l'état de la personne** : tolérance à l'activité, degré d'inconfort, aptitude à collaborer et besoin d'aide.	Afin de déterminer la nature des soins exigés (bain dans la douche, dans la baignoire, au lavabo ou au lit ; bain partiel ou complet) et l'aide requise par d'autres intervenantes.
11 **Vérifier si la mobilisation de la personne fait l'objet de certaines restrictions** ou recommandations médicales.	Afin de planifier le matériel et l'aide nécessaires au déplacement de la personne.

N'OUBLIEZ PAS 

Il est important de respecter les techniques de mobilisation requises par l'état de la personne. Il faut, par exemple, placer des oreillers ou un coussin abducteur entre les jambes de la personne lorsqu'on la tourne en position latérale, pour maintenir son alignement corporel et prévenir la luxation de la hanche.

Il faut aussi évaluer régulièrement le besoin d'assistance d'une personne dont le degré de dépendance et de mobilité se modifie, afin d'adapter les techniques de mobilisation à l'évolution de ses capacités.

Étapes préexécutoires	Justifications

ÉVALUATION



12 **Évaluer le degré d'atteinte de l'intégrité de la peau** de la personne.

En présence de lésions, il faut appliquer le plan de traitement des plaies approprié, puis noter le constat et les directives associés dans le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI) et, le cas échéant, dans le plan thérapeutique infirmier (PTI).

Justification : La détection précoce des signes cliniques d'atteinte de l'intégrité de la peau permet d'intervenir rapidement et de prévenir l'apparition de lésions de pression.

13 **Vérifier si la personne ressent le besoin d'aller aux toilettes** avant d'entreprendre la procédure de soins. Lui offrir le bassin hygiénique (*voir la méthode 8.1, à la page 413*), la chaise d'aisance ou l'urinal, au besoin.

Justification : Pour éviter d'incommoder la personne ou de devoir interrompre les soins afin qu'elle puisse aller aux toilettes.

N'OUBLIEZ PAS



Lorsque les soins d'hygiène sont donnés par des membres du personnel non infirmier, l'infirmière doit les informer des conditions particulières de santé de la personne soignée ainsi que de son seuil de tolérance, de sa capacité à collaborer et à se déplacer et, le cas échéant, du risque de lésions de pression lié à une atteinte de l'intégrité de sa peau.

Étapes exécutoires	Justifications

14 **Remplir le bassin d'eau chaude** aux deux tiers.

Vérifier la température de l'eau en y trempant la face intérieure du poignet.

Justification : La face intérieure du poignet est plus sensible à la chaleur et permet une meilleure évaluation de la température, ce qui prévient les brûlures.

15 **Abaisser la ridelle.**

Justification : Afin d'atteindre plus facilement la personne en respectant les PDSB.

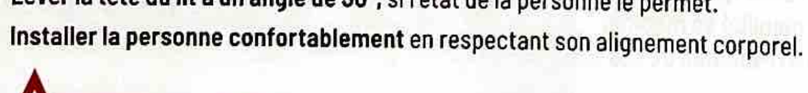
16 **Régler la hauteur du lit** au niveau du pubis de l'infirmière ou de celui de la personne la moins grande si les soins d'hygiène se font à deux. Dans ce cas, la personne la plus grande devra plier les genoux au moment de la manœuvre.

Justification : Cette façon de faire, conforme aux PDSB, diminue les risques de blessures au dos et permet aux deux personnes de garder le dos droit durant la manœuvre.

17 **Lever la tête du lit à un angle de 30°**, si l'état de la personne le permet.

Installer la personne confortablement en respectant son alignement corporel.

Justification : Afin de favoriser la détente de la personne.



ALERTE CLINIQUE

Réglage de l'angle de la tête du lit

Le réglage de l'angle de la tête du lit doit faire l'objet d'une attention particulière chez les personnes souffrant de troubles respiratoires.

Étapes exécutoires	Justifications
18 **Déplacer les couvertures vers le pied du lit.** **Couvrir la personne au moyen du drap** pendant le bain.	Pour éviter de les souiller. Afin de préserver sa chaleur corporelle et son intimité.
19 **Mettre des gants non stériles.**  Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.	Afin de se protéger des liquides biologiques de la personne et de prévenir la transmission d'agents pathogènes.
20 **Nettoyer les yeux** en procédant comme suit. • Tremper la débarbouillette dans l'eau sans utiliser de savon. • Essorer la débarbouillette et l'entourer autour de la main. • Laver les paupières de la personne en allant de l'intérieur vers l'extérieur de l'œil. • Utiliser une section différente de la débarbouillette pour chaque œil. S'il y a des croûtes sur les paupières, appliquer une compresse humide durant deux ou trois minutes avant de tenter de les enlever. Par la suite, sécher les yeux en les épongeant avec une serviette sèche.	Car le savon irrite les yeux. Afin d'éviter de contaminer le canal lacrymal. Afin de réduire le risque de transmission d'agents pathogènes d'un œil à l'autre.
21 **Nettoyer le visage** en procédant comme suit. • Utiliser du savon au besoin. • Laver soigneusement le front, les joues, le nez, le cou et les oreilles, puis rincer ces régions à l'eau claire. • Bien sécher la peau en l'épongeant avec une serviette.	Car le savon a tendance à dessécher la peau. Respecter les habitudes et consignes de la personne à ce propos. Afin de diminuer le risque de macération de la peau.

SITUATION CLINIQUE

Monsieur Bélanger peut-il se laver le visage lui-même ? Justifiez votre réponse.

Étapes exécutoires	Justifications
22 **Procéder au nettoyage du haut du corps** en suivant les étapes ci-après.	
22.1 **Abaisser le drap couvrant la personne jusqu'aux hanches, retirer la chemise d'hôpital et l'utiliser pour couvrir la poitrine de la personne.** a) Si elle a un pansement sur un bras : retirer la chemise en commençant par l'autre bras. 	Afin de découvrir seulement la partie du corps à laver, de préserver l'intimité de la personne et de conserver sa chaleur corporelle. Le fait de retirer en premier le vêtement du côté exempt de pansement ou de soluté en facilite la manipulation.

Étapes exécutoires	Justifications
b) Si elle a une perfusion intraveineuse dans un bras : retirer d'abord la manche de l'autre bras, puis retirer celle du bras avec perfusion en y insérant la tubulure et le sac de perfusion. Replacer le sac de perfusion sur la tige et vérifier le débit de la perfusion ; rétablir celui-ci au besoin.  c) Si la perfusion intraveineuse est administrée par une pompe : débrancher d'abord la tubulure de la pompe à perfusion ; retirer ensuite la manche de l'autre bras, puis retirer celle du bras avec perfusion en y insérant la tubulure et le sac de perfusion. Replacer le sac de perfusion sur la tige, rebrancher la tubulure à la pompe à perfusion et vérifier le débit de la perfusion ; rétablir celui-ci au besoin.	

N'OUBLIEZ PAS 

Les chemises d'hôpital à boutons-pression facilitent les manœuvres auprès des personnes ayant des pansements ou des perfusions.

Étapes exécutoires	Justifications
22.2 Laver les bras en procédant comme suit.  • Placer la serviette de bain sous un des bras. Soulever et soutenir le bras au besoin. • Laver ce bras avec la débarbouillette enduite de savon. Frotter en allant des doigts vers l'aisselle. • Rincer et bien sécher le bras et l'aisselle. • Nettoyer les ongles des doigts et les couper au besoin. • Appliquer du déodorant. • Répéter la procédure avec l'autre bras.	Afin d'éviter de mouiller la literie. Afin d'atteindre plus facilement l'aisselle et de mobiliser l'articulation. Afin de diminuer le risque de macération de la peau.
22.3 Découvrir la poitrine de la personne et la laver en prêtant attention aux plis cutanés sous les seins (les soulever pour bien laver cette région), à l'ombilic et à l'abdomen. Rincer, puis sécher à la serviette.	Car les sécrétions et les saletés ont tendance à s'accumuler dans les plis cutanés.

Étapes exécutoires	Justifications
 **Résidus ou humidité dans les plis cutanés** Il est important de bien rincer et d'assécher complètement la peau dans les plis cutanés. Les résidus de savon et l'humidité sont la cause de nombreux problèmes d'intégrité de la peau, particulièrement chez les personnes diabétiques ou obèses. Lorsque des lingettes jetables ou tout autre produit sans rinçage sont utilisés, il faut laisser sécher les plis cutanés 30 secondes avant de relâcher la peau.	
22.4 **Recouvrir la poitrine et l'abdomen de la personne** avec une serviette sèche ou aider la personne à revêtir une chemise propre. Insérer d'abord la manche du bras où se trouvent un pansement ou une tubulure et un sac de perfusion, le cas échéant. Insérer ensuite l'autre manche. 	Afin de maintenir la chaleur corporelle de la personne et de respecter sa pudeur. Le fait d'habiller la personne d'abord du côté où l'amplitude articulaire est réduite facilite le passage de la chemise.
23 **Procéder au nettoyage du bas du corps** en suivant les étapes ci-après.	
23.1 **Découvrir une jambe** en repliant le drap sur l'autre jambe. Veiller à garder les organes génitaux couverts. **Placer une serviette sous la jambe.**	Afin de respecter la pudeur de la personne. Afin d'éviter de mouiller la literie.
23.2 **Laver la jambe** en faisant de longs mouvements, de la cheville à la cuisse. Rincer et bien sécher la jambe. 	Cette technique favorise le retour veineux. Afin de diminuer le risque de macération de la peau.
 **Personnes à risque quant aux membres inférieurs** Il faut éviter de frotter trop longuement les membres inférieurs des personnes ayant des antécédents de thrombose veineuse profonde ou de coagulopathie ou présentant une rougeur (lésion de pression de stade 1) en raison des risques d'aggravation. Il importe de porter une attention à la présence de signes de thrombophlébite, comme une rougeur, de la chaleur, de l'œdème ou une sensibilité aux mollets.	

Étapes exécutoires	Justifications
23.3 Laver le pied en s'assurant de bien nettoyer les espaces interdigitaux. Sécher le pied. **Nettoyer les ongles des orteils et les couper** au besoin. Appliquer une lotion hydratante au besoin.	Afin d'éliminer la présence de sécrétions ou d'humidité.
23.4 Répéter les étapes 23.1 à 23.3 avec l'autre jambe.	
23.5 Couvrir les jambes avec le drap.	Afin de conserver la chaleur corporelle de la personne.
23.6 Changer l'eau du bassin.	Pour éviter que l'eau ne refroidisse et ne contienne des résidus.
23.7 Découvrir les organes génitaux et aider la personne à prendre une position confortable (jambes légèrement repliées et écartées chez la femme).	Afin de faciliter l'accès aux organes génitaux chez la femme.
23.8 Laver les organes génitaux en procédant comme suit.	
a) Chez la femme :  • Bien écarter les grandes et les petites lèvres vaginales en portant attention aux replis cutanés.	Cette façon de nettoyer permet de déloger les sécrétions adhérentes (smegma).
• Nettoyer en allant du méat urinaire vers l'anus.	Afin d'éviter d'amener les bactéries anales vers le vagin ou le méat urinaire.
• Changer de débarbouillette pour rincer.	Afin de prévenir la transmission d'agents pathogènes.
• Bien sécher le périnée (région située entre l'anus et les organes génitaux externes). • Mettre de côté la débarbouillette.	Afin de prévenir l'apparition d'humidité et l'accumulation de dépôts dans les plis cutanés.
b) Chez l'homme : • Rétracter le prépuce afin de bien nettoyer le gland. Laver le gland en décrivant un cercle. • Laver le reste du pénis et les testicules.	Cette façon de nettoyer permet de déloger les sécrétions adhérentes (smegma).
• Changer de débarbouillette pour rincer. • Replacer le prépuce une fois les soins d'hygiène terminés.	Afin de prévenir la transmission d'agents pathogènes.
• Bien sécher le périnée (région située entre l'anus et les organes génitaux externes). • Mettre de côté la débarbouillette. • Noter s'il y a inflammation de la région au pourtour du méat urinaire, un écoulement, une sensation de brûlure ou d'inconfort exprimée par la personne.	Afin de prévenir l'apparition d'humidité et l'accumulation de dépôts dans les plis cutanés.

Étapes exécutoires	Justifications
 **ALERTE CLINIQUE** **Toilette génitale en présence d'une sonde urinaire** La toilette génitale chez une personne porteuse d'une sonde urinaire nécessite une attention particulière. Des dépôts de sécrétions s'accumulent souvent au pourtour de la tubulure en contact avec le périnée de la femme ou le méat de l'homme. Il est important de stabiliser la tubulure entre ses doigts sans tirer dessus et de nettoyer la sonde avec une eau savonneuse ou une eau claire et propre pour déloger ces dépôts pouvant être à la source d'une infection urinaire. La portion externe de la sonde urinaire doit être nettoyée sur une longueur de 10 cm.	
SITUATION CLINIQUE Trouvez deux raisons qui justifient que l'infirmière encourage monsieur Bélanger à faire lui-même sa toilette génitale.	
24 **Retirer les gants et les jeter à la poubelle, puis procéder à l'hygiène des mains.**	Car les gants ont été en contact avec les parties génitales et pourraient transmettre des agents pathogènes.
25 **Changer l'eau du bassin.** **ALERTE CLINIQUE** **Prévention des risques** S'il faut que l'infirmière quitte la personne pour changer l'eau du bassin, elle ne doit pas oublier de remonter la ou les ridelles, surtout si la personne est à risque de chute.	Afin de prévenir la propagation des agents pathogènes provenant de la région génitale.
26 **Procéder au nettoyage de la région dorsale et du siège en suivant les étapes ci-après.**	
26.1 **Aider la personne à prendre la position de décubitus latéral droit ou gauche selon le côté du lit où l'on se trouve, de manière à faire face au dos de la personne.** **Maintenir la personne couverte.**	Cette position permet l'accès à la région dorsale et au siège. Afin de préserver sa chaleur corporelle et son intimité.
26.2 **Mettre de nouveaux gants.**	
26.3 **Prendre une nouvelle débarbouillette et laver le dos de la personne, du cou jusqu'aux fesses, en effectuant de longs mouvements de friction circulaires.** Rincer et bien sécher la peau du dos jusqu'aux fesses. 	La friction du dos stimule la circulation.

Étapes exécutoires	Justifications
26.4 **Nettoyer le pli interfessier et la région anale, puis bien les assécher.** En présence de matières fécales, les enlever d'abord à l'aide de papier hygiénique. Utiliser un protecteur cutané (crème ou lotion) si la peau de la région anale ou fessière est irritée.	Afin de diminuer les risques d'altération ou de détérioration de la peau.
27 **Vider le bassin d'eau.**	
28 **Retirer les gants et les jeter à la poubelle, puis procéder à l'hygiène des mains.**	Afin de prévenir la propagation d'agents pathogènes.
29 **Appliquer une lotion hydratante sur le dos de la personne en frictionnant la peau** préalablement séchée. Pour ce faire : • Déposer une petite quantité de lotion hydratante dans ses mains et la réchauffer en se frottant légèrement les mains. • Commencer à frictionner la région dorsolombaire dans un mouvement circulaire. • Monter progressivement vers les épaules en frictionnant en douceur le pourtour des omoplates et de la nuque.	La friction du dos, en plus d'hydrater la peau, favorise la détente de la personne et stimule la circulation.
30 **Laver les cheveux de la personne** en procédant comme suit. • Brosser les cheveux de la personne. • Bien agiter le contenant du shampoing sec et le tenir à environ 30 cm des cheveux. • Vaporiser le shampoing sec sur la racine des cheveux. • Masser doucement le cuir chevelu de façon à bien recouvrir les racines. • Brosser les cheveux pour enlever le surplus de shampoing.	Car le shampoing sec est plus efficace lorsqu'il est vaporisé sur la racine des cheveux.

SITUATION CLINIQUE

Pendant les soins d'hygiène, l'infirmière doit utiliser ses compétences en matière d'examen physique telles que l'inspection et la palpation des téguments ; dans quel but le fait-elle ?

Étapes postexécutoires	Justifications
31 **Retirer les draps souillés et les mettre, ainsi que les serviettes et les débarbouillettes, dans le panier à linge** en évitant que ceux-ci touchent à son uniforme.	Afin de prévenir la propagation d'agents pathogènes.
32 **Aider la personne à s'habiller,** s'il y a lieu, et lui proposer de se coiffer, de se maquiller ou de se raser.	Afin de favoriser une image corporelle positive chez la personne soignée.
33 **Refaire le lit.**	
34 **Nettoyer et ranger le matériel** de même que les articles de toilette de la personne.	
35 à 39 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure des soins d'hygiène donnés.
- Les soins donnés pendant le bain.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- L'état de la peau : tout signe d'altération de l'intégrité de la peau (rougeur, ecchymose, plaie) et toute douleur articulaire ou musculaire. **Il faut également transmettre ces données au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Laurent Bélanger **Dossier 987456**

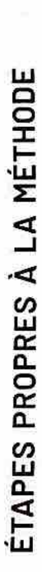
2021-04-11 08:30 Bain complet au lit. Participation efficace. Présence d'une lésion de pression de stade 1 au coccyx. Application du protecteur cutané sur le dos. Enseignement fait sur l'importance de se mobiliser souvent et d'éviter la position dorsale. Lucie Plante, inf.

Notes



Hygiène buccale

RÉSUMÉ DES ÉTAPES



ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer le maintien d'un environnement propre.
9. Assurer l'intimité de la personne.
10. Régler la hauteur du lit.
11. **Évaluer l'état de la personne.**
12. **Vérifier si la mobilisation de la personne fait l'objet de certaines restrictions.**
13. **Évaluer le degré d'atteinte de l'intégrité de la peau de la personne.**
14. **Vérifier si la personne ressent le besoin d'aller aux toilettes.**
15. **Évaluer l'intégrité des lèvres, des dents, de la muqueuse buccale, des gencives et de la langue.**
16. **Évaluer la capacité de la personne à tenir et à manipuler une brosse à dents.**
17. **Disposer le matériel nécessaire à la portée de la personne.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

PROCÉDER AUX SOINS D'HYGIÈNE BUCCALE D'UNE PERSONNE CONSCIENTE.

18. **Installer la personne en position Fowler.**
19. **Placer une serviette sur la poitrine de la personne.**
20. **Appliquer le dentifrice sur la brosse et mouiller la brosse.**
21. **Procéder aux soins d'hygiène buccale.**
    - 21.1 **Personne capable de se brosser les dents.**
    - 21.2 **Personne incapable de se brosser les dents.**
    - 21.3 **Personne portant des prothèses dentaires.**
22. **Offrir à la personne de se gargariser avec un rince-bouche.**

PROCÉDER AUX SOINS D'HYGIÈNE BUCCALE D'UNE PERSONNE INCONSCIENTE.

23. **Évaluer le risque de bronchoaspiration.**
24. **Mettre des gants non stériles.**
25. **Installer la personne en position de Sims ou en décubitus latéral.**
26. **Placer une serviette sous la tête de la personne et un haricot sous son menton.**
27. **Écarter les mâchoires en insérant l'abaisse-langue délicatement au niveau des molaires postérieures.**
28. **Choisir le type de brosse à utiliser.**
29. **Imbiber la brosse de solution antiseptique et d'eau.**
30. **Nettoyer les dents et la bouche de la personne.**
31. **Aspirer les sécrétions.**
32. **Appliquer une mince couche de lubrifiant hydrosoluble sur les lèvres.**
33. **Retirer la serviette et la mettre dans le panier à linge.**
34. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

35. **Nettoyer et ranger le matériel.**
36. Réinstaller la personne dans le lit.
37. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
38. Procéder à l'hygiène des mains.
39. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
40. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

SITUATION CLINIQUE

ÉVELYNE FLAMAND, 37 ans, est atteinte de diabète de type 1 depuis 12 ans. Elle est présentement hospitalisée pour un déséquilibre de son diabète. À l'examen physique, l'infirmière observe, entre autres, une sécheresse importante de ses muqueuses.

Notions de base

Les soins buccaux doivent être faits après chaque repas et au coucher. Il faut augmenter la fréquence des soins chez les personnes souffrant de xérostomie (sécheresse de la bouche), celles qui portent une sonde nasogastrique ou celles sous oxygénothérapie, car elles sont plus à risque d'être aux prises avec une sécheresse de la muqueuse buccale. L'utilisation d'un rince-bouche permet de rafraîchir l'haleine tout en réduisant le nombre d'agents pathogènes présents dans la cavité buccale.

Matériel



Pour la personne consciente

- Serviette 1
- Haricot 2
- Rince-bouche sans alcool 3
- Contenant à prothèses dentaires, au besoin 5
- Verre d'eau froide 6
- Gants non stériles 7
- Dentifrice avec fluor 8
- Brosse à dents à poils souples 9
- Seringue de 10 mL 12
- Masque de protection 14

Pour la personne inconsciente

- Serviette 1
- Haricot 2
- NaCl 0,9 %, au besoin 4
- Verre d'eau froide 6
- Gants non stériles 7
- Dentifrice avec fluor 8
- Brosse à dents à poils souples 9
- Brosse-éponge (si impossible avec une brosse à dents) 10
- Abaisse-langue 11
- Lubrifiant hydrosoluble pour les lèvres 13
- Masque de protection 14
- Appareil à succion, au besoin

Étapes préexécutoires	Justifications
1 à **10** Effectuer les étapes **A** à **J** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	



ALERTE CLINIQUE

Réglage du lit pour les personnes à risque de chute

Si la personne est à risque de chute, il est recommandé de régler le lit au plus bas et de remonter une ridelle pour lui donner un point d'appui. On doit respecter les directives inscrites au plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI) ou, le cas échéant, au plan thérapeutique infirmier (PTI).

ÉVALUATION 

Étapes préexécutoires	Justifications
11 **Évaluer l'état de la personne :** tolérance à l'activité, degré d'inconfort, aptitude à collaborer et besoin d'aide.	Afin de déterminer la nature des soins exigés et l'aide requise par d'autres intervenantes.
12 **Vérifier si la mobilisation de la personne fait l'objet de certaines restrictions** ou recommandations médicales.	Afin de planifier le matériel et l'aide nécessaires au déplacement de la personne.

N'OUBLIEZ PAS 

Il est important de respecter les techniques de mobilisation requises par l'état de la personne. Il faut, par exemple, placer des oreillers ou un coussin abducteur entre les jambes de la personne lorsqu'on la tourne en position latérale, pour maintenir son alignement corporel et prévenir la luxation de la hanche.

Il faut aussi évaluer régulièrement le besoin d'assistance d'une personne dont le degré de dépendance et de mobilité se modifie, afin d'adapter les techniques de mobilisation à l'évolution de ses capacités.

ÉVALUATION 

Étapes préexécutoires	Justifications
13 **Évaluer le degré d'atteinte de l'intégrité de la peau de la personne.** En présence de lésions, il faut appliquer le plan de traitement des plaies approprié, puis noter le constat et les directives associés dans le PSTI et, le cas échéant, dans le PTI.	La détection précoce des signes cliniques d'atteinte de l'intégrité de la peau permet d'intervenir rapidement et de prévenir l'apparition de lésions de pression.
14 **Vérifier si la personne ressent le besoin d'aller aux toilettes** avant d'entreprendre la procédure de soins. Lui offrir le bassin hygiénique (*voir la méthode 8.1, à la page 413*), la chaise d'aisance ou l'urinal, au besoin.	Pour éviter d'incommoder la personne ou de devoir interrompre les soins afin qu'elle puisse aller aux toilettes.

N'OUBLIEZ PAS 

Lorsque les soins d'hygiène sont donnés par des membres du personnel non infirmier, l'infirmière doit les informer des conditions particulières de santé de la personne soignée ainsi que de son seuil de tolérance, de sa capacité à collaborer et à se déplacer et, le cas échéant, du risque de lésions de pression lié à une atteinte de l'intégrité de sa peau.

Étapes préexécutoires	Justifications
  **ÉVALUATION** 15 **Évaluer l'intégrité des lèvres, des dents, de la muqueuse buccale, des gencives et de la langue** afin de déceler la présence de problèmes buccodentaires tels que : carie dentaire, gingivite, parodontite, halitose, chéilite, stomatite.  **N'OUBLIEZ PAS** Si la personne présente une langue rouge, craquelée, saburrale (couverte d'un enduit blanc, jaunâtre), des gencives rouges ou œdémateuses, des muqueuses rouges et une salive épaisse, il faut nettoyer la bouche avec une brosse-éponge et une solution alcalinisante jusqu'à ce qu'elle soit entièrement propre, puis rincer. Si la personne présente des saignements importants ou des lésions suspectes à l'intérieur de la bouche (p. ex. des pustules, des rougeurs, des ulcères), il faut en aviser le médecin traitant.	Afin de déterminer le type d'hygiène requis et de connaître les besoins d'enseignement de la personne concernant ses soins buccaux.
 **ÉVALUATION** 16 **Évaluer la capacité de la personne à tenir et à manipuler une brosse à dents** (dans le cas des personnes âgées, vérifier si elles peuvent tenir la brosse à dents pendant 30 secondes).	Afin de vérifier la dextérité et la force musculaire de la personne et de déterminer l'aide dont elle pourrait avoir besoin.
17 **Disposer le matériel nécessaire à la portée de la personne.**	Pour éviter de devoir s'absenter afin d'aller chercher le matériel.

Étapes exécutoires	Justifications
Procéder aux soins d'hygiène buccale d'une personne consciente.	
18 **Installer la personne en position Fowler** si cela n'est pas contre-indiqué.	Afin de prévenir les risques d'aspiration et de suffocation.
19 **Placer une serviette sur la poitrine de la personne.** 	Pour éviter de souiller les vêtements de la personne.
20 **Appliquer le dentifrice** (grosseur d'un pois) **sur la brosse et mouiller la brosse.**	L'eau permet au dentifrice de pénétrer dans les soies de la brosse.

Étapes exécutoires	Justifications
21 **Procéder aux soins d'hygiène buccale** selon l'une des méthodes suivantes. **21.1** Personne capable de se brosser les dents. **21.2** Personne incapable de se brosser les dents. **21.3** Personne portant des prothèses dentaires.	
21.1 Personne capable de se brosser les dents.	
21.1.1 Demander à la personne de se brosser les dents. Passer à l'étape 22.	

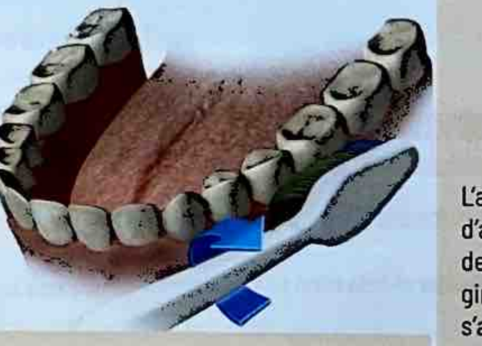
SITUATION CLINIQUE

Quelles précautions devriez-vous indiquer à madame Flamand avant qu'elle ne se brosse les dents ?

Étapes exécutoires	Justifications
21.2 Personne incapable de se brosser les dents.	
21.2.1 Mettre des gants non stériles.	Afin de se protéger des liquides biologiques de la personne et de prévenir la transmission d'agents pathogènes.

N'OUBLIEZ PAS 

Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.

Étapes exécutoires	Justifications
21.2.2 Brosser les dents de la personne en procédant comme suit.	
• Demander à la personne d'ouvrir la bouche ou, si elle en est incapable, maintenir ses lèvres ouvertes avec la main non dominante. 	
• Saisir la brosse à dents avec la main dominante et la tenir à un angle de 45° par rapport à la ligne gingivale.	L'angle de 45° permet à la brosse d'atteindre toutes les surfaces dentaires et de nettoyer sous la ligne gingivale, là où la plaque et le tartre s'accumulent.
• Brosser les surfaces intérieure et extérieure des dents, en allant de la gencive vers la couronne.	
• Brosser les surfaces de mastication (table occlusale) en effectuant un mouvement de va-etvient parallèle aux dents. 	Le mouvement de va-et-vient déloge les particules d'aliments prises entre les dents et le long des surfaces de mastication.
• Débuter par les dents du maxillaire supérieur et terminer par les dents du maxillaire inférieur.	
• Brosser légèrement la surface dorsale de la langue.	
• Rincer la bouche entre le brossage des deux maxillaires. Si la bouche n'a pas besoin d'être rincée, c'est que le brossage ne dure pas assez longtemps.	

Étapes exécutoires	Justifications
21.2.3 Retirer les gants et les jeter à la poubelle. Passer à l'étape 22.	Afin de prévenir la propagation d'agents pathogènes.
21.3 Personne portant des prothèses dentaires.	
21.3.1 Mettre des gants non stériles.	Afin de se protéger des liquides biologiques de la personne et de prévenir la transmission d'agents pathogènes.
21.3.2 Nettoyer les prothèses de la personne en procédant comme suit. • Demander à la personne de retirer ses prothèses dentaires et de les déposer dans le haricot. Si elle ne peut le faire elle-même, lui retirer délicatement les prothèses. • Nettoyer les prothèses avec une brosse à dents et du dentifrice. Les rincer. • Brosser légèrement la surface de la langue, puis offrir un verre d'eau à la personne et lui demander de se rincer la bouche. Si elle en est incapable, injecter doucement 5 mL d'eau de chaque côté de la bouche. Offrir un haricot à la personne afin qu'elle puisse recracher l'eau de rinçage. • Une fois les prothèses et la bouche de la personne nettoyées, remettre les prothèses dans la bouche de la personne ou les ranger dans le contenant prévu à cet effet.	
21.3.3 Retirer les gants et les jeter à la poubelle.	Afin de prévenir la propagation d'agents pathogènes.
22 **Offrir à la personne de se gargariser avec un rince-bouche.** Passer à l'étape 35.	Le rince-bouche masque temporairement la mauvaise haleine.
Procéder aux soins d'hygiène buccale d'une personne inconsciente.	
ÉVALUATION **23** **Évaluer le risque de bronchoaspiration :** poser un abaisse-langue sur la partie arrière de la langue et vérifier la présence du réflexe pharyngé. **ALERTE CLINIQUE** **Précaution en l'absence de réflexe pharyngé** Lorsque le réflexe pharyngé est absent, l'infirmière doit mettre à sa portée un appareil à succion et le matériel nécessaire afin de pouvoir aspirer les sécrétions et prévenir leur bronchoaspiration.	Afin de prévenir la bronchoaspiration en l'absence de réflexe pharyngé.

Étapes exécutoires	Justifications
24 **Mettre des gants non stériles.**	Afin de se protéger des liquides biologiques de la personne et de prévenir la transmission d'agents pathogènes.
25 **Installer la personne en position de Sims,** la tête tournée vers le côté, **ou en décubitus latéral.** 	Cette position permet le drainage des sécrétions en évitant qu'elles s'accumulent à l'arrière du pharynx. Cette position prévient aussi la bronchoaspiration.
26 **Placer une serviette sous la tête de la personne et un haricot sous son menton,** au besoin.	Pour éviter de souiller la literie.
27 **Écarter les mâchoires** (supérieure et inférieure) **en insérant l'abaisse-langue délicatement au niveau des molaires postérieures.** Si possible, attendre que la personne soit détendue. 	Afin de faciliter l'accès à la cavité buccale tout en évitant les morsures.

ALERTE CLINIQUE

Prévention des risques

L'infirmière ne doit jamais se servir de ses doigts ou avoir recours à la force pour ouvrir les mâchoires de la personne, car celle-ci pourrait avoir le réflexe de mordre.

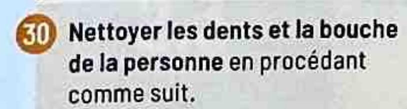
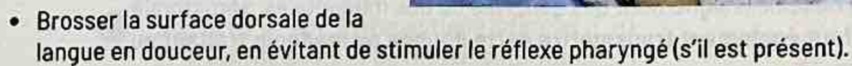
Étapes exécutoires	Justifications
28 **Choisir le type de brosse à utiliser.** a) Brosse à dents à poils souples : personne ayant ses dents. b) Brosse-éponge : personne n'ayant pas de dents.	

N'OUBLIEZ PAS 

La brosse-éponge ne déloge pas la plaque dentaire. De plus, elle risque de se briser, et, le cas échéant, la personne pourrait en avaler un morceau. Il faut donc la réserver aux personnes n'ayant pas de dents.

Étapes exécutoires	Justifications
29 **Imbiber la brosse de solution antiseptique** (NaCl 0,9 % ou autre) **et d'eau.**	

MS 2.2

Étapes exécutoires	Justifications
30 **Nettoyer les dents et la bouche de la personne** en procédant comme suit.  • Nettoyer d'abord les surfaces horizontales des dents ainsi que leurs surfaces internes et externes. • Passer la brosse sur la voûte du palais, sur les gencives et à l'intérieur des joues. • Brosser la surface dorsale de la langue en douceur, en évitant de stimuler le réflexe pharyngé (s'il est présent).  • Mouiller la brosse avec de l'eau ou du NaCl 0,9 % et rincer la bouche en frottant délicatement les muqueuses buccales dans un mouvement de va-et-vient. • Répéter le brossage à quelques reprises.	Le rinçage de la bouche et des dents permet de retirer la plaque, le tartre, les croûtes et les dépôts de la cavité buccale.
31 **Aspirer les sécrétions,** au besoin (*voir la méthode 6.1, à la page 333*).	Afin de prévenir la bronchoaspiration.
32 **Appliquer une mince couche de lubrifiant hydrosoluble sur les lèvres.**	Afin d'éviter le dessèchement des lèvres et les gerçures.

ALERTE CLINIQUE

Risques associés aux produits à base d'huile

Il ne faut pas utiliser de produits à base d'huile, comme la vaseline ou l'huile minérale, pour lubrifier les lèvres. Ces produits peuvent exacerber les plaies ouvertes sur les lèvres ou être aspirés dans les poumons et causer une pneumonie. La vaseline, en contact avec l'oxygène, brûle la peau et les muqueuses.

Étapes exécutoires	Justifications
33 **Retirer la serviette et la mettre dans le panier à linge.**	Afin de prévenir la propagation d'agents pathogènes.
34 **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**	Afin de prévenir la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
35 **Nettoyer et ranger le matériel** de même que les articles de toilette de la personne.	
36 à **40** Effectuer les étapes **A** à **E** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure des soins d'hygiène donnés.
- Les produits utilisés.
- L'enseignement prodigué (les personnes, autres que la personne soignée, à qui cet enseignement a été fait, le cas échéant).
- Le nombre d'aspirations effectuées, le cas échéant.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- Toute altération de l'intégrité de la cavité buccale (saignement des gencives ou des muqueuses, xérostomie, ulcération, croûtes sur la langue, etc.). **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Dossier 987123

Évelyne Flamand

2021-04-19 09:30 Hygiène buccale autonome à la salle de bain. Postbrossage : muqueuses buccales intactes, lèvres sèches. Application de lubrifiant hydrosoluble sur les lèvres. Maya Diaz, inf.

Notes



Mise en place de bas antiemboliques

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer le maintien d'un environnement propre.
9. Assurer l'intimité de la personne.
10. Régler la hauteur du lit.



11. **Évaluer la circulation veineuse des membres inférieurs.**
12. **Évaluer la capacité de la personne à se déplacer seule.**
13. **Relever la tête du lit légèrement et installer la personne en position de décubitus dorsal.**
14. **Évaluer la présence de signes, de symptômes ou d'affections qui pourraient constituer une contre-indication.**
15. **Vérifier les signes neurovasculaires des membres inférieurs.**
16. **Vérifier que les bas antiemboliques sont ajustés à la taille des jambes de la personne.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

17. **Mettre des gants non stériles.**
18. **Nettoyer les jambes et les pieds de la personne.**
19. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**
20. **Mettre des gants de caoutchouc.**
21. **À l'aide des doigts, enrouler le bas sur les pouces jusqu'à son extrémité.**
22. **Placer le bas enroulé sur les orteils de la personne.**
23. **Insérer le bas sur le pied de la personne.**
24. **Faire glisser le bas sur le mollet jusqu'à ce qu'il soit complètement étiré, puis tirer doucement le bas jusqu'au haut de la cuisse.**
25. **Répéter les étapes 21 à 24 pour l'autre bas.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

26. **S'assurer que les bas sont bien placés.**
27. **Aviser la personne de ne pas descendre le bas en le roulant jusqu'au mollet.**
28. Réinstaller la personne dans le lit.
29. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
30. Procéder à l'hygiène des mains.
31. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
32. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.
33. **Enlever les bas pour la nuit si l'ordonnance médicale le prescrit.**

SITUATION CLINIQUE

DONALD MCKENZIE, 76 ans, est admis en centre hospitalier pour subir une résection transurétrale de la prostate. Le médecin a prescrit le port de bas antiemboliques dès l'admission de monsieur McKenzie.

Notions de base

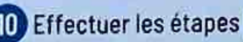
Les bas antiemboliques maintiennent une pression externe sur les muscles des membres inférieurs, ce qui favorise le retour veineux, diminue l'œdème, la stase et la distension veineuses et prévient la formation d'un thrombus. Ces bas exercent des pressions qui varient sur la longueur de la jambe : 18 mm Hg à la cheville, 14 mm Hg au mollet, 8 mm Hg au poplité, 10 mm Hg au bas de la cuisse et 8 mm Hg au haut de la cuisse. Les bas antiemboliques ne remplacent pas les bas de compression, lesquels sont parfois recommandés pour des personnes souffrant d'insuffisance veineuse chronique.

Il ne faut pas mettre de bas antiemboliques à une personne présentant une insuffisance artérielle, une claudication intermittente, une affection ischémique sévère, une artériopathie des membres inférieurs liée au diabète, des difformités importantes ou des lésions ouvertes aux membres inférieurs, une neuropathie périphérique, une insuffisance cardiaque incontrôlée, un œdème aigu pulmonaire ou une allergie au matériel utilisé dans la confection des bas. Une ordonnance médicale est requise pour la mise en place de bas antiemboliques. Elle doit spécifier le type de bas à utiliser (au genou ou à la cuisse) et la durée du port des bas.

Matériel

- Bas antiemboliques de la taille appropriée ❶
- Gants non stériles ❷
- Ruban à mesurer ❸
- Gants de caoutchouc, au besoin



Étapes préexécutoires	Justifications
  1 à 10 Effectuer les étapes A à J présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
ÉVALUATION  **11 Évaluer la circulation veineuse des membres inférieurs.** Prendre en considération les facteurs de risque favorisant le développement d'une thrombophlébite en période postopératoire.	Car le ralentissement de la circulation sanguine, par suite d'une anesthésie générale, favorise la formation de caillots.
Vérifier s'il y a induration, œdème, rougeur localisée, douleur aux mollets, stase veineuse ou signes d'hypercoagulabilité.  **ALERTE CLINIQUE** **Personnes à risque quant aux membres inférieurs** En présence de problèmes circulatoires dans les membres inférieurs, l'infirmière doit recommander à la personne : • d'éviter les activités favorisant la stase veineuse (p. ex. croiser les jambes ou placer des oreillers sous les genoux pour surélever les jambes); • d'élever les jambes afin d'améliorer le retour veineux lorsque cela est possible (toutefois, la personne qui souffre d'un problème artériel ne tolérera pas la position jambes élevées et ne supportera la position allongée que pour de courtes périodes, car ses jambes sont moins douloureuses en position déclive); • de ne jamais se masser les jambes.	Car la présence simultanée d'une stase veineuse liée à l'immobilisation, d'un trouble d'hypercoagulation et d'un traumatisme veineux augmente le risque de formation d'un thrombus.
ÉVALUATION  **12 Évaluer la capacité de la personne à se déplacer seule.**	Afin de planifier l'aide nécessaire à sa mobilisation.
13 Relever la tête du lit légèrement et installer la personne en position de décubitus dorsal, selon sa tolérance ou les contre-indications liées à son état de santé.	Cette position facilite la procédure.
ÉVALUATION  **14 Évaluer la présence de signes, de symptômes ou d'affections qui pourraient constituer une contre-indication** à l'utilisation de bas antiemboliques :	Car le port de bas antiemboliques peut aggraver ces symptômes ou ces affections.
• une greffe cutanée récente ;	Une pression continue est nécessaire pour que la greffe adhère à la zone receveuse ; toutefois, une pression trop forte pourrait causer une nécrose de la greffe.
• une dermatite, une réaction allergique, une thrombophlébite ou une lésion de la peau ; • une cyanose, des extrémités froides et une augmentation du temps de remplissage capillaire (qui indiquent une altération de la circulation dans les membres inférieurs).	

Étapes préexécutoires	Justifications



15 **Vérifier les signes neurovasculaires des membres inférieurs :** pouls pédieux, tibial ou poplité et évaluation de la BCCMS (bonne chaleur, coloration, motricité et sensibilité des orteils).

Vérifier l'aspect général de la peau, le temps de remplissage capillaire et la présence d'œdème.

ALERTE CLINIQUE

Situations à signaler au médecin traitant

En l'absence d'un pouls pédieux ou post-tibial, ou en présence d'une coloration blanchâtre du pied, d'une cyanose visible sur les ongles d'orteils, d'une perte de sensation, d'une peau froide, d'un œdème important, d'une sensation de douleur ou de crampes, il ne faut pas procéder à la mise en place des bas antiemboliques. L'infirmière doit plutôt aviser le médecin traitant sans tarder.

16 **Vérifier que les bas antiemboliques sont ajustés à la taille des jambes de la personne.** Pour ce faire, mesurer :

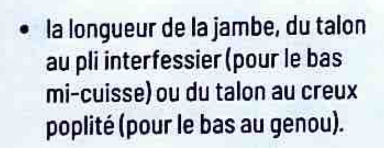
- la circonférence de la cuisse à sa partie la plus large ;



- la circonférence du mollet à sa partie la plus large ;



- la longueur de la jambe, du talon au pli interfessier (pour le bas mi-cuisse) ou du talon au creux poplité (pour le bas au genou).





Se reporter au tableau des tailles du fabricant pour choisir des bas appropriés à la personne.

Justification : Car des bas trop grands ne soutiendront pas adéquatement les extrémités, alors que des bas trop petits gêneront la circulation.

Étapes préexécutoires	Justifications

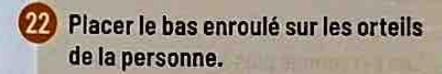


ALERTE CLINIQUE

Moment de la mise en place des bas antiemboliques

Les bas antiemboliques doivent être mis en place avant le lever de la personne. Si la personne est debout depuis un certain temps, elle doit demeurer assise ou allongée de 15 à 30 minutes, les jambes surélevées, avant de mettre les bas.

Étapes exécutoires	Justifications
17 **Mettre des gants non stériles.**	Afin de se protéger des liquides biologiques de la personne.



N'OUBLIEZ PAS !

Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.

Étapes exécutoires	Justifications
18 **Nettoyer les jambes et les pieds de la personne** à l'eau savonneuse, puis bien les sécher.	Afin de maintenir l'intégrité de la peau de la personne.
19 **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.
20 **Mettre des gants de caoutchouc,** au besoin.	Car les gants de caoutchouc offrent une meilleure prise et évitent de déchirer les bas.
21 **À l'aide des doigts, enrouler le bas sur les pouces jusqu'à son extrémité.**	Pour faciliter la mise en place du bas.
22 **Placer le bas enroulé sur les orteils de la personne.**	



MS 2.3

Étapes exécutoires	Justifications
23 **Insérer le bas sur le pied de la personne** en s'assurant de bien l'ajuster aux orteils et au talon. 	
24 **Faire glisser le bas sur le mollet jusqu'à ce qu'il soit complètement étiré, puis tirer doucement le bas jusqu'au haut de la cuisse** en s'assurant qu'il n'y a pas de plis. Prendre soin de bien étirer le bas aux orteils afin que ceux-ci ne soient pas comprimés. 	Car les plis peuvent causer un traumatisme au pied pendant la marche, gêner le retour veineux et entraîner une perturbation de la circulation sanguine.

SITUATION CLINIQUE

La mise en place du bas prescrit à monsieur McKenzie est facile, mais, en fin d'installation, vous remarquez qu'il y a des plis importants dans le bas sur toute la longueur de la jambe. Que devez-vous faire ?

25 **Répéter les étapes 21 à 24 pour l'autre bas.**	

Étapes postexécutoires	Justifications
26 **S'assurer que les bas sont bien placés** et qu'ils ne présentent pas de plis ou de resserrement.	
27 **Aviser la personne de ne pas descendre le bas en le roulant jusqu'au mollet,** même partiellement.	Afin de prévenir un effet de constriction, voire de strangulation, qui gênerait le retour veineux et obstruerait la circulation artérielle.
28 à **32** Effectuer les étapes **A** à **E** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
33 **Enlever les bas pour la nuit si l'ordonnance médicale le prescrit.**	Les personnes plus à risque doivent porter les bas antiemboliques en tout temps.

N'OUBLIEZ PAS !

Si les bas sont portés pendant une longue période de temps, il est préférable d'en avoir deux paires afin de pouvoir les laver régulièrement. Il est recommandé de les laver à l'eau tiède avec un savon doux et de les suspendre pour les faire sécher.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure de la mise en place des bas, ainsi que leur longueur et leur taille.
- Les signes neurovasculaires, dont l'évaluation BCCMS.
- L'état de la peau (incluant les orteils) et le temps de remplissage capillaire.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- Tout changement qui indique une diminution de la circulation. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Donald McKenzie **Dossier 587324**

2021-07-10 07:20 Bas antiemboliques à la cuisse de taille large régulier n° 160864 mis en place. Bonne coloration, chaleur, motricité et sensibilité aux deux jambes et aux orteils, pouls pédieux perçus, remplissage capillaire < 3 sec. Enseignement fait. Comprend l'utilité et installe adéquatement le second bas sous supervision. Janick Petrelli, inf.

Notes



Mise en place de jambières à compression séquentielle

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer le maintien d'un environnement propre.
9. Assurer l'intimité de la personne.
10. Régler la hauteur du lit.

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

11. **Évaluer la circulation veineuse des membres inférieurs.**
12. **Évaluer la capacité de la personne à se déplacer seule.**
13. **Relever la tête du lit légèrement et installer la personne en position de décubitus dorsal ou de Fowler.**
14. **Évaluer la présence de signes, de symptômes ou d'affections qui pourraient constituer une contre-indication.**
15. **Vérifier les signes neurovasculaires des membres inférieurs.**
16. **Mesurer la circonférence de la cuisse ou du mollet.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

17. **Brancher l'appareil.**
18. **Insérer la fiche des tubulures de raccordement dans la prise. Aligner les flèches et brancher les raccords pour chaque tubulure.**
19. **Sortir les jambières de leur emballage, les déplier et les placer sous les jambes de la personne.**
20. **Rabattre le côté sans velcro de chaque jambière sur la jambe de la personne et y fixer l'autre côté.**
21. **Brancher les jambières aux tubulures de la pompe et démarrer la compression.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

22. Réinstaller la personne dans le lit.
23. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
24. Procéder à l'hygiène des mains.
25. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
26. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

SITUATION CLINIQUE

MOHAMMED FAKIH, 52 ans, a subi une lobectomie au poumon gauche. Il est de retour de la salle de réveil depuis peu, et vous devez lui installer des jambières à compression séquentielle.

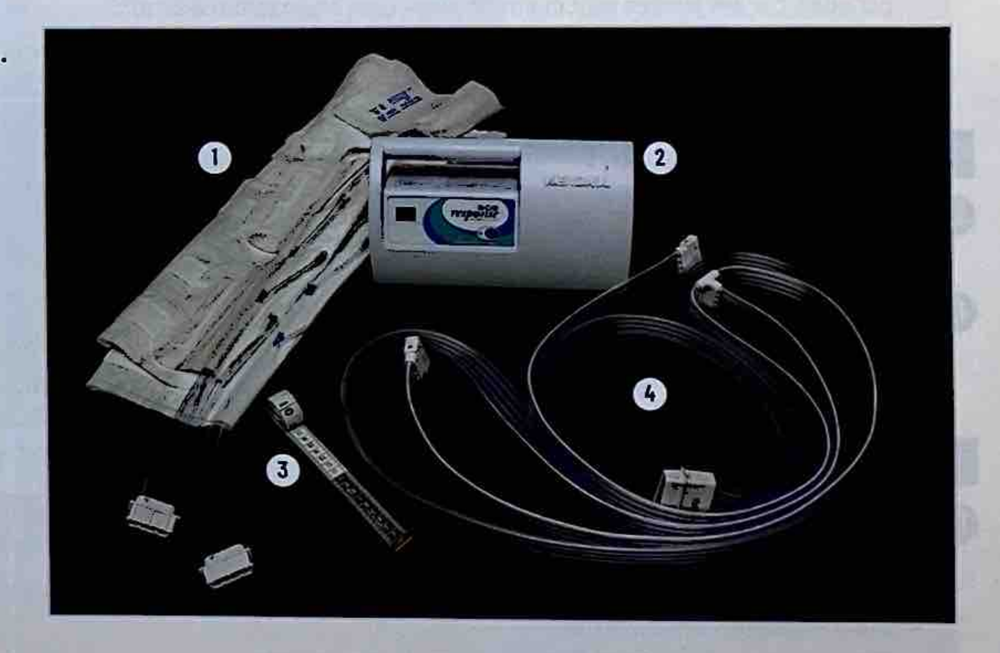
Notions de base

L'appareil à compression séquentielle est installé immédiatement après l'opération dans le but de diminuer la stase veineuse en augmentant le retour veineux des veines profondes des membres inférieurs et en réduisant le risque de thrombophlébite et d'embolie. Cet appareil comprend une paire de jambières qui comportent chacune trois sections, lesquelles se gonflent et se dégonflent en alternance grâce à une pompe à air. Le cycle de compression pneumatique consiste en une période de gonflement de 10 à 15 secondes générant des gradients de pression qui varient selon chaque chambre (45 mm Hg à la cheville, 40 mm Hg au mollet et 30 mm Hg à la cuisse), suivie d'une période de dégonflement de 45 à 60 secondes. Les jambières doivent être retirées pendant un court laps de temps chaque jour afin d'assurer les soins d'hygiène des membres inférieurs et d'évaluer la circulation veineuse et l'état de la peau de la personne. Une ordonnance médicale est requise pour l'utilisation de jambières à compression séquentielle, laquelle est parfois associée au port de bas antiemboliques.

Matériel

- Paire de jambières pneumatiques jetables à la taille appropriée (à la cuisse ou au mollet) ❶
- Appareil de compression (pompe et tubulures) ❷
- Ruban à mesurer ❸
- Tubulures de raccordement ❹





Étapes préexécutoires	Justifications
1 à **10** Effectuer les étapes **A** à **J** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
ÉVALUATION ✓ **11 Évaluer la circulation veineuse des membres inférieurs.** Prendre en considération les facteurs de risque favorisant le développement d'une thrombophlébite en période postopératoire.	Car le ralentissement de la circulation sanguine, par suite d'une anesthésie générale, favorise la formation de caillots.
Vérifier s'il y a induration, œdème, rougeur localisée, douleur aux mollets, stase veineuse ou signes d'hypercoagulabilité.  **ALERTE CLINIQUE** **Personnes à risque quant aux membres inférieurs** En présence de problèmes circulatoires dans les membres inférieurs, l'infirmière doit recommander à la personne : • d'éviter les activités favorisant la stase veineuse (p. ex. croiser les jambes ou placer des oreillers sous les genoux pour surélever les jambes); • d'élever les jambes afin d'améliorer le retour veineux lorsque cela est possible (toutefois, la personne qui souffre d'un problème artériel ne tolérera pas la position jambes élevées et ne supportera la position allongée que pour de courtes périodes, car ses jambes sont moins douloureuses en position déclive); • de ne jamais se masser les jambes.	Car la présence simultanée d'une stase veineuse liée à l'immobilisation, d'un trouble d'hypercoagulation et d'un traumatisme veineux augmente le risque de formation d'un thrombus.
ÉVALUATION  **12 Évaluer la capacité de la personne à se déplacer seule.**	Afin de planifier l'aide nécessaire à sa mobilisation.
13 Relever la tête du lit légèrement et installer la personne en position de décubitus dorsal ou de Fowler, selon sa tolérance ou les contre-indications liées à son état de santé.	Cette position facilite la procédure.
ÉVALUATION  **14 Évaluer la présence de signes, de symptômes ou d'affections qui pourraient constituer une contre-indication** à l'utilisation des jambières à compression séquentielle : • une greffe cutanée récente ; • une dermatite, une réaction allergique ou une lésion de la peau ; • une thrombophlébite, une maladie artérielle périphérique sévère, une artériosclérose grave ; • un œdème massif des jambes ou un œdème aigu pulmonaire résultant d'une insuffisance cardiaque ; • une déformation extrême des membres inférieurs.	Car les jambières à compression séquentielle peuvent aggraver ces symptômes ou ces affections. Une pression continue est nécessaire pour que la greffe adhère à la zone receveuse ; toutefois, une pression trop forte pourrait causer une nécrose de la greffe.

Étapes préexécutoires	Justifications




ÉVALUATION

15 **Vérifier les signes neurovasculaires des membres inférieurs :** pouls pédieux, tibial ou poplité et évaluation de la BCCMS (bonne chaleur, coloration, motricité et sensibilité des orteils).

Vérifier l'aspect général de la peau, le temps de remplissage capillaire et la présence d'œdème.



ALERTE CLINIQUE

Port de bas antiemboliques

Si la personne porte des bas antiemboliques, il importe de vérifier l'ajustement des bas et de s'assurer qu'il n'y a pas de plis. La présence de plis dans un bas et la pression de la jambière risquent d'occasionner la compression de l'artère poplitée et de favoriser la formation de lésions de pression.

16 **Mesurer la circonférence de la cuisse** (jambières à la cuisse) **ou du mollet** (jambières au genou) à sa partie la plus large.

Se reporter au tableau des tailles du fabricant pour choisir des jambières appropriées à la personne.





Étapes exécutoires	Justifications
17 **Brancher l'appareil.** S'assurer que l'interrupteur est en position d'arrêt (*off*).	Pour éviter que les jambières se gonflent pendant l'installation de l'appareil.

Étapes exécutoires	Justifications
18 **Insérer la fiche des tubulures de raccordement dans la prise** située sur le devant ou à l'arrière de l'appareil. **Aligner les flèches et brancher les raccords pour chaque tubulure.** 	
19 **Sortir les jambières de leur emballage, les déplier et les placer sous les jambes de la personne,** la surface cotonneuse sur le dessus, en prenant soin d'aligner le centre de la jambière avec le creux poplité.	Afin d'assurer une compression efficace.
20 **Rabattre le côté sans velcro de chaque jambière sur la jambe de la personne et y fixer l'autre côté** au moyen des attaches velcro. Commencer par les attaches de la cheville et continuer avec celles du mollet puis de la cuisse, tout en gardant la jambière bien alignée par rapport à la jambe. Laisser un espace de la largeur de deux doigts entre la jambière et la jambe.  	Car un bon alignement de la jambière contribue à l'efficacité du traitement. Car une jambière trop serrée risque d'entraver la circulation sanguine lorsque son gonflement atteindra son maximum.
21 **Brancher les jambières aux tubulures de la pompe et démarrer la compression.** S'assurer que les tubulures sont bien insérées et qu'elles ne sont pas coudées.	Car une tubulure coudée pourrait diminuer, voire empêcher le gonflement des jambières.

N'OUBLIEZ PAS 

Dans le but d'obtenir un effet thérapeutique optimal, l'appareil à compression séquentielle intermittent doit être utilisé de façon permanente (24 h/24) durant la période préopératoire, peropératoire et postopératoire, et ce, jusqu'à ce que la personne retrouve sa pleine capacité de mouvement.

SITUATION CLINIQUE

Après avoir démarré la compression, monsieur Fakih se plaint d'un inconfort à l'arrière du genou gauche. Que devez-vous faire ?

Étapes postexécutoires	Justifications
22 à 26 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	



Douleur, engourdissement ou malaise

En présence de douleur, d'engourdissement ou de malaise important, il faut cesser le traitement et en aviser le médecin traitant.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure de la mise en place des jambières ainsi que leur type (cuisse ou mollet) et leur taille.
- Le ou les membres sur lesquels les jambières sont installées.
- Les signes neurovasculaires, dont l'évaluation BCCMS.
- L'état de la peau (incluant les orteils) et le temps de remplissage capillaire.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- Toute douleur ou tout engourdissement survenus pendant les soins. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Mohammed Fakih **Dossier 825341**

2021-07-10 12:45 Jambières à compression séquentielle de taille grande installées aux deux jambes. Intervention expliquée. Collabore bien. Chaleur, circulation, motricité et sensibilité bonnes aux deux jambes, pouls pédieux perçus, peau intacte. Suzanne Biron, inf.

Notes



Utilisation d'une canne pour l'aide à la marche

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. **Évaluer la capacité de la personne à communiquer, à comprendre les directives et à collaborer.**
8. **S'assurer d'avoir à sa disposition l'équipement nécessaire.**
9. **Vérifier si la personne présente une certaine restriction de la mobilité.**
10. **Évaluer le poids et la taille de la personne.**
11. **S'assurer de maîtriser le fonctionnement du matériel d'aide à la mobilisation.**
12. **Évaluer la force musculaire des membres supérieurs et inférieurs de la personne.**
13. **Régler la hauteur de la canne.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

14. **Effectuer les enseignements quant à l'utilisation d'une canne pour l'aide à la marche.**
    - 14.1 **Enseigner à marcher à l'aide d'une canne.**
    - 14.2 **Enseigner à s'asseoir dans un siège à l'aide d'une canne.**
    - 14.3 **Enseigner à se lever d'un siège à l'aide d'une canne.**
    - 14.4 **Enseigner à monter un escalier à l'aide d'une canne.**
    - 14.5 **Enseigner à descendre un escalier à l'aide d'une canne.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

15. **Aider la personne à reprendre une position confortable.**
16. **Placer les effets personnels de la personne de façon qu'elle puisse les atteindre facilement.**
17. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
18. Procéder à l'hygiène des mains.
19. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
20. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

SITUATION CLINIQUE

GEORGES NADEAU, 78 ans, souffre d'arthrose au genou gauche. Afin de l'aider à marcher et de diminuer la douleur, le médecin lui recommande d'utiliser une canne. Vous devez le guider dans son apprentissage.

Notions de base

La canne est utilisée comme aide à la marche chez la personne présentant une faiblesse ou une blessure unilatérale, une perte temporaire de l'équilibre ou une restriction de mise en charge sur un membre inférieur. Elle procure un troisième point d'appui au cours des déplacements, assure une meilleure stabilité, diminue la fatigue à la marche et peut supporter jusqu'à 25 % du poids du corps. Elle est cependant contre-indiquée chez la personne présentant une faiblesse bilatérale et une restriction de mise en charge de plus d'un membre. La canne standard est indiquée pour la personne ayant besoin d'un soutien léger, alors que la canne quadripode (à quatre pieds) est indiquée pour la personne ayant un besoin de soutien plus important.

Matériel

- Canne 1
- Canne quadripode 2



Étapes préexécutoires	Justifications
1 à 6 Effectuer les étapes A à F présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
ÉVALUATION	
7 **Évaluer la capacité de la personne à communiquer, à comprendre les directives et à collaborer** lors des déplacements et des changements de position.	Afin d'adapter les directives à la personne et de prévoir une aide additionnelle si elle est agitée, agressive ou désorientée.


ALERTE CLINIQUE

Précaution en cas de doute

Si l'infirmière ne connaît pas la capacité de collaboration de la personne, il lui faut considérer qu'elle est incapable de collaborer et prévoir l'aide d'autres intervenantes en conséquence.

Étapes préexécutoires	Justifications
ÉVALUATION √ **8** **S'assurer d'avoir à sa disposition l'équipement nécessaire** au déplacement sécuritaire de la personne et à son positionnement.	Certains accessoires peuvent être utilisés, notamment des piqués, des oreillers, des sacs de sable, des coussinets, des bottes de maintien, des surfaces de glissement.
ÉVALUATION √ **9** **Vérifier si la personne présente** ou doit respecter **une certaine restriction de la mobilité.**	Afin de déterminer si la personne peut collaborer à son déplacement ou à sa mobilisation et de prévoir l'aide d'autres intervenantes au besoin.
ÉVALUATION √ **10** **Évaluer le poids et la taille de la personne.**	Car le matériel d'aide à la mobilisation peut varier selon la taille et le poids de la personne.
11 **S'assurer de maîtriser le fonctionnement du matériel d'aide à la mobilisation** avant de l'utiliser.	Afin d'éviter les accidents.
ÉVALUATION √ **12** **Évaluer la force musculaire des membres supérieurs et inférieurs de la personne** et sa capacité à utiliser une canne. **N'OUBLIEZ PAS** ! Il est important que la personne comprenne le principe du transfert de poids pour être en mesure d'utiliser adéquatement la canne. Il faut lui rappeler que la canne doit supporter le poids du corps et qu'elle doit la tenir du côté opposé à la jambe atteinte.	Car une personne présentant une faiblesse bilatérale des membres supérieurs ou inférieurs ne peut utiliser une canne.
13 **Régler la hauteur de la canne** de manière à obtenir un soutien sécuritaire pendant la marche. Pour ce faire : • Aider la personne à se lever et à se tenir droite, les pieds légèrement écartés. La personne doit porter des souliers (ou des pantoufles) à talons plats, de préférence fermés, et dotés de semelles antidérapantes.	Afin de diminuer le risque de chute.

Étapes préexécutoires	Justifications
• Mettre la canne à la portée de la personne. Lui demander de placer la canne près de son corps de manière à ce que : - la canne forme un angle de 90° avec le sol ; - le sabot de la canne soit à environ 15 cm des pieds de la personne.	Cette position de la canne rend le soutien plus efficace et diminue le risque de chute.
• Régler la hauteur de la canne de façon que la poignée soit au niveau du grand trochanter et que le poignet de la personne forme un angle de 15° avec la poignée.	Une flexion du poignet supérieure à 15° diminue la puissance de soutien de la canne.





ALERTE CLINIQUE

Prévention des risques

Une intervenante doit soutenir la personne ayant de la difficulté à faire un transfert de poids.

Étapes exécutoires	Justifications
 14 **Effectuer les enseignements** à faire, selon le cas, **quant à l'utilisation d'une canne pour l'aide à la marche.** **14.1** Enseigner à marcher à l'aide d'une canne. **14.2** Enseigner à s'asseoir dans un siège à l'aide d'une canne. **14.3** Enseigner à se lever d'un siège à l'aide d'une canne. **14.4** Enseigner à monter un escalier à l'aide d'une canne. **14.5** Enseigner à descendre un escalier à l'aide d'une canne.	

N'OUBLIEZ PAS 

Lors de l'enseignement de la marche avec une canne, l'infirmière doit rappeler à la personne l'importance de s'assurer que les surfaces de déambulation sont libres de tout obstacle. Il faut faire attention notamment aux carpettes, qui causent souvent des chutes.

Étapes exécutoires	Justifications
14.1 Enseigner à marcher à l'aide d'une canne.	
14.1.1 Dire à la personne de tenir la canne du côté opposé au membre atteint et de regarder droit devant elle.	Afin d'assurer sa stabilité tout en prévenant le risque de chute.
SITUATION CLINIQUE De quel côté monsieur Nadeau doit-il tenir sa canne ?	
14.1.2 Demander à la personne d'avancer simultanément la canne et le membre atteint d'une distance de 15 à 25 cm (la canne ne doit jamais précéder le pied).	Afin de répartir le poids du corps entre la canne et la jambe saine.
14.1.3 Demander à la personne de s'appuyer sur la canne en poussant pour avancer l'autre jambe. 	
14.1.4 Encourager la personne à effectuer des pas réguliers en maintenant le dos le plus droit possible et en regardant vers l'avant.	Afin de permettre à la personne de maintenir plus facilement son équilibre et de rendre ses déplacements plus sécuritaires.
14.2 Enseigner à s'asseoir dans un siège à l'aide d'une canne.	
14.2.1 Placer le siège à proximité de la personne. Lui demander de se placer dos au siège et de le toucher avec l'arrière de la jambe saine. S'assurer que le siège est solide et stable.	Car un siège stable, solide et à proximité de la personne diminue le risque de chute lorsqu'elle s'assoit et augmente sa stabilité.
14.2.2 Demander à la personne de transférer la canne de la main du côté sain à celle du côté atteint et d'appuyer la main du côté sain sur le siège ou sur l'accoudoir.	Pour permettre à la personne de prendre appui avec la main du côté sain et lui éviter de perdre l'équilibre.
14.2.3 Dire à la personne de pencher la tête et le tronc vers l'avant, de plier les genoux et de s'asseoir lentement. 	Se pencher vers l'avant permet de s'asseoir en maintenant son équilibre. S'asseoir lentement prévient le risque de chute et la perte d'équilibre.

Étapes exécutoires	Justifications
14.3 Enseigner à se lever d'un siège à l'aide d'une canne.	
14.3.1 Demander à la personne de glisser les fesses au bord du siège et de placer le pied sain légèrement en retrait sous celui-ci.	Afin d'utiliser plus efficacement les muscles des cuisses pour se soulever.
14.3.2 Demander à la personne de saisir la canne avec la main du côté atteint et de prendre appui sur le siège ou sur l'accoudoir avec la main du côté sain.	Car cela procure un point d'appui à la personne, assure sa stabilité et lui évite une perte d'équilibre pendant le lever.
14.3.3 Demander à la personne de se lever en poussant simultanément sur la canne et sur le siège ou l'accoudoir.	
14.3.4 Une fois la personne debout, lui demander de reprendre la canne de la main du côté sain et de s'assurer d'être stable avant de commencer à marcher.	Afin de prévenir les chutes.
14.4 Enseigner à monter un escalier à l'aide d'une canne.	
14.4.1 Préciser à la personne que monter un escalier à l'aide d'une canne exige un transfert de poids. Vérifier que la personne se sent bien en équilibre.	Afin de diminuer le risque de chute et de perte d'équilibre.
14.4.2 Demander à la personne de se placer près de la première marche de l'escalier.	

Étapes exécutoires	Justifications
14.4.3 Dire à la personne de poser la jambe saine sur la première marche tout en prenant appui sur la canne et en tenant la main courante. 	Monter la jambe saine en premier donne un meilleur point d'appui.

SITUATION CLINIQUE

À quel endroit, par rapport à monsieur Nadeau, devriez-vous vous placer afin de l'aider en cas de perte d'équilibre ?

Étapes exécutoires	Justifications
14.4.4 Demander à la personne de monter simultanément la jambe atteinte et la canne sur la marche en prenant appui sur la jambe saine et en tenant la main courante. 	Afin de diminuer l'effort que doit fournir la jambe atteinte.
14.4.5 Répéter les étapes 14.4.3 et 14.4.4 à chacune des marches.	
14.5 Enseigner à descendre un escalier à l'aide d'une canne.	
14.5.1 Préciser à la personne que descendre un escalier à l'aide d'une canne exige un transfert de poids. Vérifier que la personne se sent bien en équilibre.	Afin de diminuer le risque de chute et de perte d'équilibre.

N'OUBLIEZ PAS 

L'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) est la référence au Québec en matière de déplacement sécuritaire des personnes.

Étapes exécutoires		Justifications
14.5.2 Vérifier que la canne et les deux jambes sont sur la même marche.		Afin de diminuer le risque de chute et de perte d'équilibre.
14.5.3 Demander à la personne de descendre simultanément la jambe atteinte et la canne sur la première marche en prenant appui sur la jambe saine et en tenant la main courante.		Afin de diminuer l'effort que doit fournir la jambe atteinte.
14.5.4 Demander à la personne de descendre la jambe saine sur la même marche en prenant appui sur la canne et en tenant la main courante.		Car la canne et la main courante procurent des points d'appui stables.
14.5.5 Répéter les étapes 14.5.2 à 14.5.4 jusqu'au bas de l'escalier.		

Étapes postexécutoires	Justifications
15 **Aider la personne à reprendre une position confortable** et vérifier si son alignement corporel est adéquat.	Afin de rectifier la position de la personne au besoin.
16 **Placer les effets personnels de la personne de façon qu'elle puisse les atteindre facilement.**	Afin d'éviter les déplacements inutiles de la personne et de prévenir les chutes.

17 à 20 Effectuer les étapes B à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure de l'enseignement.
- Le degré de compréhension de la personne et sa collaboration.
- La capacité physique de la personne et son besoin d'assistance.

NOTES D'ÉVOLUTION

Georges Nadeau **Dossier 678123**

2021-04-21 14:30 Canne ajustée adéquatement. Démonstration faite de l'utilisation à la marche, monter et descendre les escaliers, s'asseoir au fauteuil et s'en relever. Julien Camiré, inf.

Notes



Utilisation d'une marchette pour l'aide à la marche

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. **Évaluer la capacité de la personne à communiquer, à comprendre les directives et à collaborer.**
8. **S'assurer d'avoir à sa disposition l'équipement nécessaire.**
9. **Vérifier si la personne présente une certaine restriction de la mobilité.**
10. **Évaluer le poids et la taille de la personne.**
11. **S'assurer de maîtriser le fonctionnement du matériel d'aide à la mobilisation.**
12. **Évaluer la force musculaire des membres supérieurs et inférieurs de la personne.**
13. **Régler la hauteur de la marchette.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

14. **Effectuer les enseignements quant à l'utilisation d'une marchette pour l'aide à la marche.**
    - 14.1 **Enseigner à marcher à l'aide d'une marchette.**
    - 14.2 **Enseigner à s'asseoir dans un siège à l'aide d'une marchette.**
    - 14.3 **Enseigner à se lever d'un siège à l'aide d'une marchette.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

15. **Aider la personne à reprendre une position confortable.**
16. **Placer les effets personnels de la personne de façon qu'elle puisse les atteindre facilement.**
17. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
18. Procéder à l'hygiène des mains.
19. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
20. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

SITUATION CLINIQUE

LAURA MENDOSA, 35 ans, s'est récemment réveillée d'un coma de 3 mois, à la suite d'un accident de voiture. Elle recommence à marcher grâce à une réadaptation intensive en physiothérapie et en ergothérapie plusieurs fois par semaine. Afin de l'aider à garder son équilibre, elle doit utiliser une marchette pour se déplacer.

Notions de base

La personne qui présente une faiblesse ou une perte d'équilibre et qui ne peut se déplacer avec une canne ou des béquilles utilise une marchette (avec ou sans roues) comme aide à la marche. La marchette procure un cadre solide permettant à la personne de s'appuyer pendant ses déplacements, ce qui lui assure une meilleure stabilité. La marche avec une marchette doit être adaptée aux capacités physiques et fonctionnelles de la personne ainsi qu'à son état de santé.

Matériel

Marchette sans roues ❶
ou avec roues ❷



Étapes préexécutoires	Justifications
❶ à ❻ Effectuer les étapes A à F présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	

ÉVALUATION



❼ **Évaluer la capacité de la personne à communiquer, à comprendre les directives et à collaborer** lors des déplacements et des changements de position.	Afin d'adapter les directives à la personne et de prévoir une aide additionnelle si elle est agitée, agressive ou désorientée.

Étapes préexécutoires	Justifications
 **ALERTE CLINIQUE** **Précaution en cas de doute** Si l'infirmière ne connaît pas la capacité de collaboration de la personne, il lui faut considérer qu'elle est incapable de collaborer et prévoir l'aide d'autres intervenantes en conséquence.	
ÉVALUATION  8 **S'assurer d'avoir à sa disposition l'équipement nécessaire** au déplacement sécuritaire de la personne et à son positionnement.	Certains accessoires peuvent être utilisés, notamment des piqués, des oreillers, des sacs de sable, des coussinets, des bottes de maintien, des surfaces de glissement.
ÉVALUATION  9 **Vérifier si la personne présente** ou doit respecter **une certaine restriction de la mobilité.**	Afin de déterminer si la personne peut collaborer à son déplacement ou à sa mobilisation et de prévoir l'aide d'autres intervenantes au besoin.
ÉVALUATION  10 **Évaluer le poids et la taille de la personne.**	Car le matériel d'aide à la mobilisation peut varier selon la taille et le poids de la personne.
11 **S'assurer de maîtriser le fonctionnement du matériel d'aide à la mobilisation** avant de l'utiliser.	Afin d'éviter les accidents.
ÉVALUATION  12 **Évaluer la force musculaire des membres supérieurs et inférieurs de la personne** et sa capacité à utiliser une marchette. **N'OUBLIEZ PAS**  Il est important que la personne comprenne le principe du transfert de poids pour être en mesure d'utiliser adéquatement la marchette. Il faut lui rappeler que la marchette doit supporter le poids du corps et qu'il faut avancer à petits pas.	Car une personne présentant une faiblesse bilatérale des membres supérieurs ou inférieurs ne peut utiliser une marchette.

SITUATION CLINIQUE

Étant donné la situation de madame Mendosa, quel serait le type de marchette à privilégier : celle avec roues ou celle sans roues ?

Étapes préexécutoires	Justifications
13 **Régler la hauteur de la marchette.** Pour ce faire :	
• Aider la personne à se lever et à se tenir droite, les pieds légèrement écartés. La personne doit porter des souliers ou des pantoufles à talons plats, de préférence fermés, et dotés de semelles antidérapantes.	Afin de diminuer le risque de chute.
• Placer la marchette devant la personne, à portée de main. Les pieds de la personne doivent être à environ 15 à 20 cm des pieds avant de la marchette.	Une distance de plus de 15 à 20 cm entre les pieds de la marchette et ceux de la personne modifie l'alignement corporel et fausse le réglage de la hauteur de la marchette.
• Demander à la personne de se tenir droite, les bras le long du corps. Régler la hauteur des barres d'appui de chaque côté de la marchette à la hauteur des poignets de la personne.	Une marchette trop basse exige une flexion prononcée du corps, ce qui diminue la stabilité de la personne et la force de soutien de la marchette, et augmente le risque de perte d'équilibre.



Étapes exécutoires	Justifications
14 **Effectuer les enseignements** à faire, selon le cas, **quant à l'utilisation d'une marchette pour l'aide à la marche.**	
14.1 Enseigner à marcher à l'aide d'une marchette.	
14.2 Enseigner à s'asseoir dans un siège à l'aide d'une marchette.	
14.3 Enseigner à se lever d'un siège à l'aide d'une marchette.	

N'OUBLIEZ PAS



Lors de l'enseignement de la marche avec une marchette, l'infirmière doit rappeler à la personne l'importance de s'assurer que les surfaces de déambulation sont libres de tout obstacle. Il faut faire attention notamment aux carpettes, qui causent souvent des chutes.

14.1 Enseigner à marcher à l'aide d'une marchette.	
14.1.1 Demander à la personne d'appuyer les quatre pieds de la marchette au sol et de regarder droit devant elle.	Car l'utilisation d'un point d'ancrage plus large évite les pertes d'équilibre.
14.1.2 Dire à la personne de garder les épaules et le dos droits, les hanches et les genoux légèrement fléchis.	Car cette posture maintient l'équilibre et un alignement corporel adéquat.

Étapes exécutoires		Justifications
14.1.3 Demander à la personne de marcher avec la marchette en procédant comme suit. a) Marchette sans roues : la soulever légèrement et faire un pas en avançant le membre affecté en premier. b) Marchette avec roues : soulever légèrement les pieds arrière de la marchette et la faire rouler doucement en avançant d'un pas. Déposer la marchette au sol et prendre appui avant d'avancer l'autre pied. Faire des pas réguliers. Si la démarche est normale, les deux pieds arrière de la marchette se trouvent vis-à-vis du pied le plus avancé de la personne.		

N'OUBLIEZ PAS 

Lorsque la marchette est utilisée pour diminuer la mise en charge sur un membre, il faut toujours avancer le membre atteint en premier.

14.2 Enseigner à s'asseoir dans un siège à l'aide d'une marchette.

Étapes exécutoires		Justifications
14.2.1 Placer le siège à proximité de la personne. Lui demander de se placer dos au siège et de le toucher avec l'arrière de la jambe. S'assurer que le siège est solide et stable.		Car un siège stable, solide et à proximité de la personne diminue le risque de chute lorsqu'elle s'assoit et augmente sa stabilité.
14.2.2 Demander à la personne de poser une main sur le siège ou sur l'accoudoir.		Car cela procure un point d'appui à la personne et lui évite de perdre l'équilibre.

Étapes exécutoires	Justifications
14.2.3 Dire à la personne de pencher la tête et le tronc vers l'avant. Lui demander ensuite de plier les genoux et de s'asseoir lentement tout en prenant appui sur les deux accoudoirs. 	Se pencher vers l'avant permet de s'asseoir en maintenant son équilibre. S'asseoir lentement prévient le risque de chute et la perte d'équilibre.
14.3 Enseigner à se lever d'un siège à l'aide d'une marchette.	
14.3.1 Demander à la personne de glisser les fesses au bord du siège et de placer un pied légèrement en retrait sous celui-ci.	Afin d'utiliser plus efficacement les muscles des cuisses pour se soulever.
14.3.2 Dire à la personne de prendre appui sur une des poignées de la marchette avec une main et de pencher la tête et le tronc vers l'avant.	Car cela procure un point d'appui à la personne, assure sa stabilité et lui évite une perte d'équilibre pendant le lever.
14.3.3 Demander à la personne de pousser sur l'accoudoir avec l'autre main, habituellement celle du côté sain, tout en se soulevant. 	
14.3.4 Demander à la personne de prendre appui sur les deux poignées de la marchette pour se redresser complètement. 	Car cela permet à la personne de se soutenir en prenant appui sur la marchette.

Étapes exécutoires	Justifications
14.3.5 Demander à la personne de s'assurer qu'elle se sent en équilibre avant de commencer à marcher.	Afin de prévenir les chutes.




N'OUBLIEZ PAS !

L'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) est la référence au Québec en matière de déplacement sécuritaire des personnes.

Étapes postexécutoires	Justifications
15 **Aider la personne à reprendre une position confortable** et vérifier si son **alignement** corporel est adéquat.	Afin de rectifier la position de la personne au besoin.
16 **Placer les effets personnels de la personne de façon qu'elle puisse les atteindre facilement.**	Afin d'éviter les déplacements inutiles de la personne et de prévenir les chutes.
17 à 20 Effectuer les étapes B à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure de l'enseignement.
- Le degré de compréhension de la personne et sa collaboration.
- Le type de marchette utilisée.
- La distance parcourue, les difficultés observées, le degré de tolérance de la personne à l'activité et l'aide requise.

NOTES D'ÉVOLUTION

Laura Mendosa **Dossier 321456**

2021-04-21 11:00 Marchette sans roues ajustée adéquatement. Démonstration faite de l'utilisation à la marche et pour s'asseoir au fauteuil et s'en relever. Marche 5 m sans difficultés. Élise Rossi, inf.

Notes



Utilisation de béquilles pour l'aide à la marche

RÉSUMÉ DES ÉTAPES



ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. **Évaluer la capacité de la personne à communiquer, à comprendre les directives et à collaborer.**
8. **S'assurer d'avoir à sa disposition l'équipement nécessaire.**
9. **Vérifier si la personne présente une certaine restriction de la mobilité.**
10. **Évaluer le poids et la taille de la personne.**
11. **S'assurer de maîtriser le fonctionnement du matériel d'aide à la mobilisation.**
12. **Évaluer la force musculaire des membres supérieurs et inférieurs de la personne.**
13. **Régler la hauteur des béquilles.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

14. **Effectuer les enseignements quant à l'utilisation de béquilles pour l'aide à la marche.**
    - 14.1 **Enseigner à marcher à l'aide de béquilles.**
    - 14.2 **Enseigner à s'asseoir dans un siège à l'aide de béquilles.**
    - 14.3 **Enseigner à se lever d'un siège à l'aide de béquilles.**
    - 14.4 **Enseigner à monter un escalier à l'aide de béquilles.**
    - 14.5 **Enseigner à descendre un escalier à l'aide de béquilles.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

15. **Aider la personne à reprendre une position confortable.**
16. **Placer les effets personnels de la personne de façon qu'elle puisse les atteindre facilement.**
17. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
18. Procéder à l'hygiène des mains.
19. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
20. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

SITUATION CLINIQUE

MARIE GAUTHIER, 14 ans, s'est tordu la cheville droite pendant son cours d'éducation physique. Elle vient vous voir, à l'infirmerie de l'école, afin que vous lui prêtiez des béquilles.

Notions de base

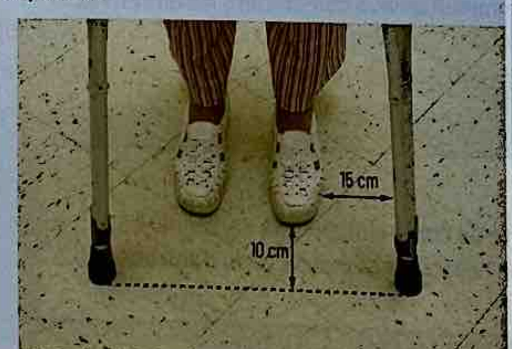
Les béquilles sont utilisées comme aide à la marche chez la personne présentant une faiblesse ou une blessure unilatérale. Elles procurent un appui triangulaire pendant les déplacements et assurent une meilleure stabilité. Cependant, elles exigent beaucoup de force physique, d'équilibre et d'endurance de la part de la personne.

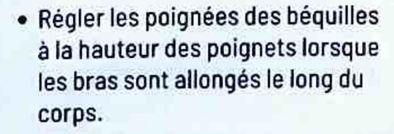
Matériel

Béquilles



Étapes préexécutoires	Justifications
1 à **6** Effectuer les étapes A à F présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
ÉVALUATION  **7** **Évaluer la capacité de la personne à communiquer, à comprendre les directives et à collaborer** lors des déplacements et des changements de position. **ALERTE CLINIQUE** **Précaution en cas de doute** Si l'infirmière ne connaît pas la capacité de collaboration de la personne, il lui faut considérer qu'elle est incapable de collaborer et prévoir l'aide d'autres intervenantes en conséquence.	Afin d'adapter les directives à la personne et de prévoir une aide additionnelle si elle est agitée, agressive ou désorientée.

Étapes préexécutoires	Justifications
ÉVALUATION  **8** **S'assurer d'avoir à sa disposition l'équipement nécessaire** au déplacement sécuritaire de la personne et à son positionnement.	Certains accessoires peuvent être utilisés, notamment des piqués, des oreillers, des sacs de sable, des coussinets, des bottes de maintien, des surfaces de glissement.
ÉVALUATION  **9** **Vérifier si la personne présente** ou doit respecter **une certaine restriction de la mobilité.**	Afin de déterminer si la personne peut collaborer à son déplacement ou à sa mobilisation et de prévoir l'aide d'autres intervenantes au besoin.
ÉVALUATION  **10** **Évaluer le poids et la taille de la personne.**	Car le matériel d'aide à la mobilisation peut varier selon la taille et le poids de la personne.
11 **S'assurer de maîtriser le fonctionnement du matériel d'aide à la mobilisation** avant de l'utiliser.	Afin d'éviter les accidents.
ÉVALUATION  **12** **Évaluer la force musculaire des membres supérieurs et inférieurs de la personne** et sa capacité à utiliser des béquilles. N'OUBLIEZ PAS  Il est important que la personne comprenne le principe du transfert de poids pour être en mesure d'utiliser adéquatement les béquilles. Il faut lui rappeler que les béquilles doivent supporter le poids du corps et qu'il faut avancer à petits pas.	Car une personne présentant une faiblesse bilatérale des membres supérieurs ou inférieurs ne peut utiliser de béquilles.
13 **Régler la hauteur des béquilles.** Pour ce faire : • Aider la personne à se lever et à se tenir droite, les pieds légèrement écartés. La personne doit porter des souliers ou des pantoufles à talons plats, de préférence fermés, et dotés de semelles antidérapantes.	Afin de diminuer le risque de chute.
• Placer les béquilles à 15 cm à l'extérieur des pieds de la personne et à environ 10 cm en avant.  	Les béquilles doivent être placées près du corps et être perpendiculaires au sol pour offrir un appui stable.

Étapes préexécutoires	Justifications
• Régler la hauteur des béquilles de façon à appuyer les coussinets sur la paroi latérale du thorax à une distance de 4 à 5 cm des aisselles. 	Une béquille réglée trop haut fait pression sur l'aisselle et peut engendrer de la douleur, une compression des nerfs et de l'irritation. Une béquille réglée trop bas ne fournit pas un appui adéquat.
 • Régler les poignées des béquilles à la hauteur des poignets lorsque les bras sont allongés le long du corps. 	Ce réglage détermine la distance nécessaire pour éviter que les coussinets fassent constamment pression sur les aisselles.

Étapes exécutoires	Justifications



14 **Effectuer les enseignements** à faire, selon le cas, **quant à l'utilisation de béquilles pour l'aide à la marche.**

14.1 Enseigner à marcher à l'aide de béquilles.

14.2 Enseigner à s'asseoir dans un siège à l'aide de béquilles.

14.3 Enseigner à se lever d'un siège à l'aide de béquilles.

14.4 Enseigner à monter un escalier à l'aide de béquilles.

14.5 Enseigner à descendre un escalier à l'aide de béquilles.

N'OUBLIEZ PAS 

Lors de l'enseignement de la marche avec des béquilles, l'infirmière doit rappeler à la personne l'importance de s'assurer que les surfaces de déambulation sont libres de tout obstacle. Il faut faire attention notamment aux carpettes, qui causent souvent des chutes.

SITUATION CLINIQUE

Laquelle ou lesquelles des étapes 14.1 à 14.5 devez-vous enseigner à Marie ?

14.1 **Enseigner à marcher à l'aide de béquilles.**

Étapes exécutoires	Justifications
14.1.1 Dire à la personne de regarder droit devant elle et d'appuyer solidement les béquilles sur le sol de chaque côté des pieds. 	Afin de maintenir un bon alignement corporel. Un point d'ancrage plus large améliore l'équilibre.
14.1.2 Demander à la personne de pousser sur les poignées des béquilles avec les mains en gardant les coudes droits, de basculer la hanche de la jambe atteinte vers l'arrière et de fléchir le genou. Lui dire aussi de garder les épaules et le dos droits.	Cette méthode évite que le poids du corps repose sur les aisselles. Le fait de basculer la hanche vers l'arrière et de fléchir le genou diminue le risque de perte d'équilibre.
N'OUBLIEZ PAS  Il est important que la personne n'appuie pas ses aisselles sur les béquilles. Une pression sur les aisselles peut engendrer de la douleur, une compression des nerfs et une irritation cutanée.	
14.1.3 Dire à la personne que le déplacement à l'aide de béquilles se fait en deux temps qui se répètent : 1. tandis que le poids du corps repose sur la jambe saine, la personne doit soulever les béquilles et les redéposer à une courte distance devant elle ;	Le transfert de poids en deux temps entre la jambe saine et les béquilles permet d'éviter que la jambe atteinte touche le sol.
2. en s'appuyant sur les béquilles, la personne doit faire un petit saut avec sa jambe saine.  	Le fait de placer les béquilles à une courte distance devant soi et de faire un petit saut avec la jambe saine diminue le risque de perte d'équilibre et de chute.
14.1.4 Demander à la personne de faire des pas normaux avec la jambe saine, la jambe atteinte ne touchant pas le sol, sauf en cas de prescription médicale de mise en charge progressive. 	Car plus les pas sont grands, plus le risque de perte d'équilibre et de chute est élevé.

Étapes exécutoires	Justifications
14.2 Enseigner à s'asseoir dans un siège à l'aide de béquilles.	
14.2.1 Placer le siège à proximité de la personne. Lui demander de se placer dos au siège et de le toucher avec l'arrière de la jambe saine. S'assurer que le siège est solide et stable.	Car un siège stable, solide et à proximité de la personne diminue le risque de chute lorsqu'elle s'assoit et augmente sa stabilité.
14.2.2 Demander à la personne de retirer les béquilles sous les aisselles et de les tenir par les poignées avec la main du côté atteint. 	Afin qu'elle puisse soutenir son poids avec les deux béquilles du côté de la jambe atteinte.
N'OUBLIEZ PAS  Si les deux jambes sont faibles, comme dans le cas d'un paraplégique portant des orthèses, il faut donner comme instruction de tenir les béquilles avec la main du côté le plus fort.	
14.2.3 Demander à la personne de prendre appui sur l'accoudoir avec l'autre main (côté sain). S'il n'y a pas d'accoudoirs, prendre appui sur le siège. 	Le point d'appui supplémentaire diminue le risque de chute en offrant plus de stabilité.
14.2.4 Dire à la personne de fléchir les jambes et de s'asseoir. 	
14.3 Enseigner à se lever d'un siège à l'aide de béquilles.	
14.3.1 Demander à la personne de glisser les fesses au bord du siège et de placer le pied sain légèrement en retrait sous celui-ci.	Afin d'utiliser plus efficacement les muscles des cuisses pour se soulever.
14.3.2 Demander à la personne de tenir les béquilles avec la main du côté atteint et de prendre appui sur le siège ou sur l'accoudoir avec l'autre main en penchant la tête et le tronc vers l'avant.	Car cela accroît la stabilité de la personne.

Étapes exécutoires	Justifications
14.3.3 Demander à la personne de se lever en appuyant une main sur les poignées des béquilles et l'autre sur l'accoudoir du siège. 	Car cela procure des points d'appui stables à la personne.
14.3.4 Dire à la personne de placer les béquilles sous les aisselles.	
14.3.5 Demander à la personne de s'assurer qu'elle se sent en équilibre avant de commencer à marcher.	Afin de prévenir les chutes.
14.4 Enseigner à monter un escalier à l'aide de béquilles.	
14.4.1 Préciser à la personne que monter un escalier à l'aide de béquilles exige un transfert de poids et de l'équilibre.	Pour s'assurer que la personne comprend bien la procédure et la met en application.
14.4.2 Demander à la personne de se placer près de la première marche de l'escalier.	
14.4.3 Dire à la personne que monter un escalier à l'aide de béquilles se fait en deux temps qui se répètent : 1. en s'appuyant sur les béquilles, la personne doit faire un saut avec sa jambe saine vers la marche supérieure ;  2. en transférant le poids de son corps sur la jambe saine, elle doit soulever les béquilles et les redéposer sur la marche où elle se trouve.  Répéter le mouvement à chacune des marches.	Les béquilles supportent le poids du corps pendant le premier temps du mouvement et évitent la perte d'équilibre.

N'OUBLIEZ PAS 

Si le médecin permet une mise en charge sur le membre atteint, celui-ci n'a pas à être maintenu dans les airs. La personne peut poser sa jambe au sol et y mettre du poids.

Étapes exécutoires	Justifications
14.5 Enseigner à descendre un escalier à l'aide de béquilles.	
14.5.1 Préciser à la personne que descendre un escalier à l'aide de béquilles exige un transfert de poids et de l'équilibre.	Pour s'assurer que la personne comprend bien la procédure et la met en application.
14.5.2 S'assurer que les béquilles et les deux jambes reposent sur la même marche.	Car cela accroît la stabilité de la personne.
14.5.3 Dire à la personne que descendre un escalier à l'aide de béquilles se fait en deux temps qui se répètent : 1. tandis que le poids du corps repose sur la jambe saine, la personne doit soulever les béquilles et les redéposer sur la marche inférieure ;  2. en transférant son poids sur les béquilles, elle doit faire un saut avec sa jambe saine vers la marche inférieure.  Répéter le mouvement à chacune des marches.	

N'OUBLIEZ PAS 

L'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) est la référence au Québec en matière de déplacement sécuritaire des personnes.

Étapes postexécutoires	Justifications
15 **Aider la personne à reprendre une position confortable** et vérifier si son alignement corporel est adéquat.	Afin de rectifier la position de la personne au besoin.
16 **Placer les effets personnels de la personne de façon qu'elle puisse les atteindre facilement.**	Afin d'éviter les déplacements inutiles de la personne et de prévenir les chutes.
17 à 20 Effectuer les étapes B à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure de l'enseignement.
- Le degré de compréhension de la personne et sa collaboration.
- La distance parcourue, les difficultés observées, le degré de tolérance de la personne à l'activité et l'aide requise.

NOTES D'ÉVOLUTION

Marie Gauthier **Dossier 987789**

2021-04-21 14:15 Béquilles ajustées adéquatement et enseignement fait. Démonstration faite de la capacité à les utiliser : à la marche, dans les escaliers et pour s'asseoir dans la chaise et s'en lever. Juliane Bischoff, inf.

Notes



Positionnement de la personne dans le lit

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer l'intimité de la personne.



9. **Évaluer la capacité de la personne à communiquer, à comprendre les directives et à collaborer.**
10. **S'assurer d'avoir à sa disposition l'équipement nécessaire.**
11. **Vérifier si la personne présente une certaine restriction de la mobilité.**
12. **Évaluer le poids et la taille de la personne.**
13. **S'assurer de maîtriser le fonctionnement du matériel d'aide à la mobilisation.**
14. **Évaluer les facteurs de risque de complications liées à l'immobilité.**
15. **Évaluer le degré de mobilité et d'agitation de la personne.**
16. **Évaluer la force musculaire des membres inférieurs et supérieurs de la personne.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

17. **Régler la hauteur du lit.**
18. **Retirer les oreillers et les objets.**
19. **Procéder au positionnement de la personne dans le lit.**
    - 19.1 **Remonter la personne en position de décubitus dorsal.**
    - 19.2 **Installer la personne en position de décubitus dorsal.**
    - 19.3 **Installer la personne en position semi-Fowler.**
    - 19.4 **Installer la personne en position de décubitus latéral.**
    - 19.5 **Installer la personne en position de Sims.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

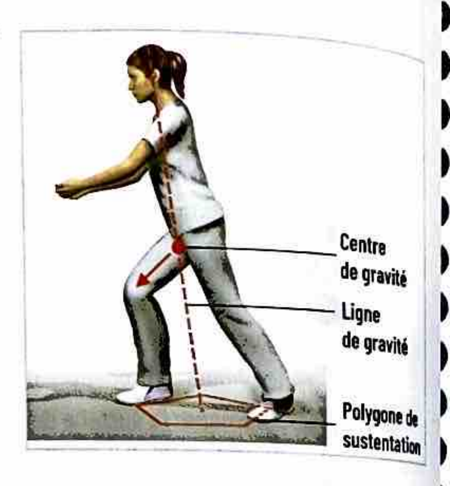
20. **S'assurer du confort de la personne.**
21. **Replacer le lit à son niveau le plus bas.**
22. **Placer la commande de réglage du lit près de la personne.**
23. **Placer les effets personnels de la personne de façon qu'elle puisse les atteindre facilement.**
24. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
25. Procéder à l'hygiène des mains.
26. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
27. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

SITUATION CLINIQUE

LAURA MENDOSA, 35 ans, a subi un traumatisme crânien à la suite d'un grave accident de voiture. Elle est inconsciente et alitée depuis deux semaines. Au moment du bain, vous remarquez une rougeur à la malléole externe droite ainsi qu'au coccyx de madame Mendosa.

Notions de base

Il est très important de mobiliser une personne alitée toutes les deux heures ou à un intervalle plus court si son état l'exige afin d'éviter l'apparition de lésions de pression. Le positionnement adéquat de la personne alitée assure le maintien d'un bon alignement corporel. Il requiert de connaître et d'appliquer les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB) ainsi que les principes de mécanique corporelle. Afin de réduire le risque de blessures au dos et d'éviter tout préjudice à la personne, l'infirmière doit :



- maintenir son équilibre en abaissant son centre de gravité et en gardant la ligne de gravité à l'intérieur de son polygone de sustentation, comme illustré ci-contre ;
- orienter ses pieds dans le sens du mouvement de façon à éviter toute torsion de la colonne vertébrale ;
- faire rouler, tourner ou pivoter la personne alitée plutôt que la soulever, car cela exige moins d'efforts ;
- réduire la friction entre la personne et la surface sur laquelle elle est déplacée, car cela exige moins d'efforts pour les deux parties et réduit le risque de lésions de pression pour la personne.

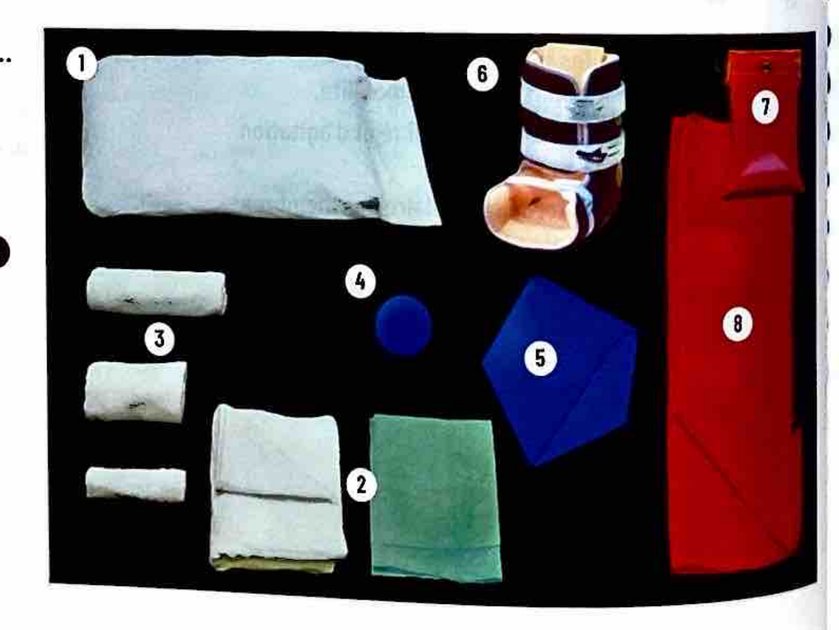
L'infirmière doit aussi évaluer adéquatement l'état de santé de la personne. En fonction de tous les principes évoqués, elle prévoira de l'aide supplémentaire au besoin.

Matériel

- Oreillers ❶
- Deux piqués jetables (ou serviettes) ❷

Au besoin :

- Appuie-pieds ❸ ou bloc de poussée ❺
- Balle (mousse ou caoutchouc) ❹
- Bottes de décharge ❻
- Sacs de sable ❼
- Surface de glissement ❽
- Coussins de gel





Étapes préexécutoires	Justifications
1 à 8 Effectuer les étapes A à G et I présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
ÉVALUATION  9 **Évaluer la capacité de la personne à communiquer, à comprendre les directives et à collaborer** lors des déplacements et des changements de position. **ALERTE CLINIQUE** **Précaution en cas de doute** Si l'infirmière ne connaît pas la capacité de collaboration de la personne, il lui faut considérer qu'elle est incapable de collaborer et prévoir l'aide d'autres intervenantes en conséquence.	Afin d'adapter les directives à la personne et prévoir une aide additionnelle si elle est agitée, agressive ou désorientée.
ÉVALUATION  10 **S'assurer d'avoir à sa disposition l'équipement nécessaire** au déplacement sécuritaire de la personne et à son positionnement.	Car des accessoires peuvent être nécessaires, dont des oreillers et des piqués jetables et, au besoin, des appuie-pieds, des balles (mousse ou caoutchouc), des sacs de sable, des bottes de décharge, des surfaces de glissement ou des coussins de gel.
ÉVALUATION  11 **Vérifier si la personne présente** ou doit respecter **une certaine restriction de la mobilité.**	Afin de déterminer si la personne peut collaborer à son déplacement ou à sa mobilisation et de prévoir l'aide d'autres intervenantes au besoin.
ÉVALUATION  12 **Évaluer le poids et la taille de la personne.**	Car le matériel d'aide à la mobilisation peut varier selon la taille et le poids de la personne.
13 **S'assurer de maîtriser le fonctionnement du matériel d'aide à la mobilisation** avant de l'utiliser.	Afin d'éviter les accidents.

Étapes préexécutoires	Justifications
 	
14 Évaluer les facteurs de risque de complications liées à l'immobilité suivants :	Car la présence d'un risque élevé nécessite des changements de position plus fréquents.
• une paralysie, une hémiplégie ;	Car ces affections altèrent la capacité de la personne à se déplacer.
• une diminution de la sensibilité ;	Car la personne pourrait être incapable de verbaliser l'apparition de douleur dans une partie de son corps lors de la mobilisation.
• une altération de la mobilité ;	Car cette altération peut augmenter le processus dégénératif lié à certaines pathologies.
• une altération de la circulation ;	Car une diminution de la perfusion des tissus prédispose la personne aux lésions de pression.
• l'âge ;	Car la peau des prématurés et des personnes âgées est plus fragile, et il faut les changer de position plus souvent.
• une altération de l'état de conscience ;	Car la personne pourrait être incapable de changer de position, ce qui risque d'entraîner l'apparition de lésions de pression.
• une détérioration en présence de rougeurs ou une altération des tissus cutanés.	Car une période prolongée dans la même position altère la circulation sanguine et l'oxygénation des tissus, et elle prédispose la personne aux lésions de pression.

SITUATION CLINIQUE

Étant donné la situation de madame Mendosa, quels sont les facteurs de risque de complications liées à l'immobilité auxquels elle est exposée ?

Étapes préexécutoires	Justifications
ÉVALUATION 	
15 Évaluer le degré de mobilité et d'agitation de la personne.	Cela permet d'intervenir de façon prudente et sécuritaire auprès de la personne.
ÉVALUATION 	
16 Évaluer la force musculaire des membres inférieurs et supérieurs de la personne et demander de l'aide au besoin.	Cela permet de déterminer si la personne peut se déplacer elle-même ou participer à son déplacement.

Étapes exécutoires	Justifications
17 **Régler la hauteur du lit** de façon à pouvoir effectuer les interventions en gardant le dos droit. Si le positionnement de la personne alitée se fait à deux, régler la hauteur du lit en fonction de la personne la plus petite. **ALERTE CLINIQUE** **Vérification du bon emplacement des tubulures** L'infirmière doit s'assurer que les tubulures des perfusions et des appareils utilisés par la personne alitée ne sont pas détachées ou arrachées au moment du déplacement de la personne ou du réglage du lit à la hauteur voulue.	Cela permet aux intervenantes de respecter une mécanique corporelle adéquate et prévient les blessures au dos.
18 **Retirer les oreillers et les objets** qui servent au positionnement de la personne.	Afin de faciliter le déplacement.
19 **Procéder au positionnement de la personne dans le lit** selon l'une des méthodes suivantes. **19.1** Remonter la personne en position de décubitus dorsal. **19.2** Installer la personne en position de décubitus dorsal. **19.3** Installer la personne en position semi-Fowler. **19.4** Installer la personne en position de décubitus latéral. **19.5** Installer la personne en position de Sims.	
19.1 **Remonter la personne en position de décubitus dorsal** (deux intervenantes ; degré d'assistance partiel).	
19.1.1 Abaisser la tête du lit complètement ou selon la tolérance de la personne, en respectant les contre-indications liées à son état de santé.	Afin de faciliter le déplacement.
19.1.2 Placer un oreiller à la tête du lit.	Afin de protéger la tête de la personne au cas où elle heurterait la tête du lit au moment du déplacement.
19.1.3 Déposer un piqué jetable sur le lit de chaque côté des épaules de la personne.	Pour éviter de souiller la literie et prévenir la propagation d'infections nosocomiales, étant donné que les intervenantes y déposeront le genou au moment du déplacement.
19.1.4 Demander à la personne de plier les genoux et de croiser les bras sur sa poitrine.	Pour lui permettre de pousser avec ses pieds, ce qui diminuera la friction aux points de contact avec le lit et réduira les efforts des intervenantes.

MS 2.8

Étapes exécutoires	Justifications
19.1.5 Se placer à la tête du lit, vis-à-vis des épaules de la personne. Déposer un genou dans le lit sur le piqué jetable ; orienter ce genou vers le pied du lit ; placer le pied de la même jambe vers la tête du lit. Prendre appui sur le sol avec l'autre jambe. Demander à l'autre intervenante de se placer de la même façon de l'autre côté du lit.	Cette position permet aux intervenantes, le moment venu, de faire contrepoids et de fournir des efforts qui sont suffisants pour remonter la personne, en évitant de se blesser au dos.
19.1.6 Fléchir légèrement les hanches vers l'avant. Tenir le dos droit, saisir de chaque côté la partie supérieure du piqué sous la personne alitée et tendre les bras.	
19.1.7 Dire à la personne qu'elle devra lever la tête et pousser avec les pieds à votre signal. 	
Donner le signal à l'autre intervenante et faire ensemble contrepoids vers l'arrière comme pour vous asseoir sur les talons. Passer à l'étape 20. 	Le contrepoids des intervenantes et la collaboration de la personne permettent généralement de remonter celle-ci dans le lit.

N'OUBLIEZ PAS 

L'installation d'une surface de glissement sous le piqué de la personne alitée facilite son déplacement dans le lit.

Étapes exécutoires	Justifications
19.2 Installer la personne en position de décubitus dorsal (degré d'assistance total).	
19.2.1 Abaisser la tête du lit complètement ou selon la tolérance de la personne, en respectant les contre-indications liées à son état de santé.	Afin de faciliter le déplacement.
19.2.2 Placer la personne sur le dos, un oreiller soutenant le haut des épaules, le cou et la tête.	L'oreiller permet de maintenir un bon alignement et de prévenir les contractures aux niveaux cervical et lombaire.

Étapes exécutoires		Justifications
19.2.3 Si la personne a une fracture ou une luxation de la hanche : placer des rouleaux ou des sacs de sable contre les côtés extérieurs des hanches et des chevilles.	 	Afin de réduire la rotation externe des hanches et des pieds.
19.2.4 Surélever les talons au moyen d'un coussin de gel ou d'un petit oreiller placé sous les membres inférieurs.		Afin de prévenir les lésions de pression.
19.2.5 Appuyer les pieds de la personne sur un oreiller ferme ou sur un appuie-pieds.		Afin de maintenir les pieds en dorsiflexion.
19.2.6 Placer les avant-bras de la personne en pronation au moyen d'oreillers. Maintenir les bras parallèles au corps.		Afin de réduire la rotation interne de l'épaule, de prévenir l'extension des coudes et de maintenir un bon alignement corporel.
19.2.7 Placer des rouleaux dans les mains de la personne ou installer une orthèse prévue à cet effet. Passer à l'étape 20.		Les muscles fléchisseurs étant plus forts que les muscles extenseurs, les doigts d'une main paralysée se trouvent souvent contractés et pliés. Le rouleau aide la main à reprendre sa position naturelle et réduit la douleur. Il maintient le pouce en légère abduction et diminue la contraction des doigts.

SITUATION CLINIQUE

Pourquoi faut-il éviter d'installer madame Mendosa en position de décubitus dorsal ?

19.3 Installer la personne en position semi-Fowler (degré d'assistance total).

Étapes exécutoires	Justifications
19.3.1 Élever la tête du lit à un angle de 30 à 45°.	Cela améliore le confort de la personne et la ventilation pulmonaire.
19.3.2 Installer la personne en position assise, aussi droite que possible, en soutenant ses épaules. 	Cette position : • empêche la personne de glisser vers le côté atteint ; • améliore la ventilation pulmonaire et le débit cardiaque ; • réduit la pression intracrânienne ; • améliore la déglutition ; • aide à prévenir le reflux gastrique et l'aspiration trachéobronchique.
19.3.3 Appuyer la tête de la personne sur un petit oreiller, le menton légèrement fléchi vers l'avant. 	Afin de prévenir l'hyperextension du cou.



ALERTE CLINIQUE

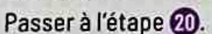
Prévention des blessures cervicales

L'infirmière ne doit pas mettre trop d'oreillers sous la tête de la personne alitée, car cela peut entraîner une contracture du cou ou aggraver celle-ci.

Étapes exécutoires	Justifications
19.3.4 Soutenir les bras, les coudes et les mains de la personne en les appuyant soit sur des oreillers, soit sur la table à roulettes. Pour les personnes en fauteuil roulant, utiliser les accoudoirs comme soutien. 	Les muscles paralysés sont incapables de résister efficacement contre la force de gravité. Le fait de ne pas soutenir les membres atteints pourrait entraîner une subluxation de l'épaule, de la douleur et de l'œdème.
19.3.5 Placer la ou les mains atteintes en position de préhension, les doigts partiellement fléchis et le poignet légèrement en extension. Une balle de mousse ou de caoutchouc peut être utilisée pour maintenir la position. 	Afin de maintenir la main dans une position fonctionnelle, de prévenir les contractures et d'inhiber l'hypertonie spastique des muscles fléchisseurs.

Étapes exécutoires	Justifications
19.3.6 Fléchir les genoux et les jambes de la personne en les soutenant au moyen d'un oreiller ou d'une couverture pliée.	Afin de prévenir une hyperextension prolongée qui pourrait nuire à la mobilité articulaire.
19.3.7 Maintenir les pieds en dorsiflexion à l'aide d'un oreiller ferme, d'un appuie-pieds ou d'un bloc de poussée. Passer à l'étape **20**.	Afin de prévenir le pied tombant. Le contact de l'avant-pied avec une surface dure contribue à améliorer la tonicité des muscles extenseurs aux extrémités inférieures.
19.4 Installer la personne en position de décubitus latéral (degré d'assistance total).	
19.4.1 Se placer du côté du lit opposé à celui vers lequel la personne alitée sera tournée (si la personne sera installée en décubitus latéral gauche, se placer à la gauche du lit ; si la personne sera installée en décubitus latéral droit, se placer à la droite du lit).	
19.4.2 Abaisser la tête du lit complètement ou selon la tolérance de la personne, en respectant les contre-indications liées à son état de santé. Abaisser la ridelle si elle est levée.	Afin de faciliter le déplacement.
19.4.3 En tirant sur le piqué par contrepoids, déplacer la personne vers soi.	Cela procure à la personne suffisamment d'espace pour être retournée de façon sécuritaire.
19.4.4 Placer un oreiller sous la tête et le cou de la personne. Remonter la ridelle, s'il y a lieu.	L'oreiller maintient l'alignement et réduit la flexion latérale du cou. Il empêche le poids de la personne de reposer directement sur l'acromion.
19.4.5 Se déplacer de l'autre côté du lit (si la personne sera installée en décubitus latéral gauche, se placer à la droite du lit ; si la personne sera installée en décubitus latéral droit, se placer à la gauche du lit). Abaisser la ridelle si elle est levée.	
19.4.6 Tourner la tête de la personne alitée vers soi et croiser ses bras sur son thorax.	Afin de favoriser la fluidité du mouvement lors de la mobilisation. La tête ne bloquera pas le corps lorsqu'il tournera.
19.4.7 Se pencher au-dessus du thorax de la personne alitée, en maintenant les pieds écartés. Placer la jambe qui fournira l'impulsion près du lit. Le genou doit être légèrement plié et aligné avec les orteils. Ne pas mettre le pied sous le lit.	Cela permet de générer une bonne impulsion au moment du transfert de poids vers l'arrière.

Étapes exécutoires		Justifications
Placer l'autre jambe derrière la première, le genou légèrement fléchi et le pied orienté pour assurer confort et stabilité à la fin de la manœuvre.		
19.4.8 Le dos droit, placer une main sur l'omoplate et l'autre sur le bassin de la personne. La prise doit être douce mais ferme.		Afin de prévenir l'étirement des muscles dorsaux et lombaires chez l'infirmière.
Utiliser un piqué ou une alèse au besoin.		
19.4.9 Tourner la personne vers soi en faisant contrepoids.		
19.4.10 Appuyer le bras supérieur de la personne en flexion sur un oreiller. L'autre bras repose sur le matelas.		Le soutien réduit la rotation interne et l'adduction de l'épaule et protège l'articulation de l'épaule.
19.4.11 Placer un oreiller dans le dos de la personne.		Afin de favoriser le maintien de la position latérale.

Étapes exécutoires	Justifications
19.4.12 Maintenir la jambe du dessus demi-fléchie et l'appuyer sur un oreiller. 	La flexion prévient l'hyperextension de la jambe.
19.4.13 Soutenir les pieds en plaçant un sac de sable parallèlement à la surface plantaire ou mettre des bottes de décharge. Passer à l'étape 20.   	Afin de maintenir le pied en dorsiflexion et de prévenir le pied tombant. Afin de prévenir la détérioration des lésions, le cas échéant.

SITUATION CLINIQUE

Lors de cette installation, quelle particularité de la situation de madame Mendosa devez-vous prendre en compte ?

19.5 Installer la personne en position de Sims (degré d'assistance total).	
19.5.1 Abaisser la tête du lit complètement ou selon la tolérance de la personne, en respectant les contre-indications liées à son état de santé.	Afin de faciliter le déplacement.
19.5.2 Placer la personne en position latérale, partiellement couchée sur le ventre (*voir les étapes 19.4.1 à 19.4.7, à la page 103*).	
19.5.3 Placer un petit oreiller sous la tête de la personne.	Afin de maintenir l'alignement corporel et de prévenir la flexion latérale du cou.

Étapes exécutoires	Justifications
19.5.4 Placer un oreiller sous l'avant-bras légèrement fléchi. 	Afin de prévenir la rotation interne de l'épaule et de maintenir l'alignement du bras avec l'épaule.
19.5.5 Placer un oreiller sous la jambe supérieure partiellement fléchie. 	L'oreiller : • prévient la rotation interne de la hanche et l'adduction de la jambe ; • réduit la pression du matelas contre le genou et la cheville. La flexion évite l'hyperextension de la jambe.
19.5.6 Soutenir les pieds en plaçant un sac de sable parallèlement à la surface plantaire ou mettre des bottes de décharge.  	Afin de maintenir le pied en dorsiflexion et de prévenir le pied tombant. Afin de prévenir la détérioration des lésions, le cas échéant.

N'OUBLIEZ PAS 

L'Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) est la référence au Québec en matière de déplacement sécuritaire des personnes.

Étapes postexécutoires	Justifications
20 **S'assurer du confort de la personne** et vérifier si son alignement corporel est adéquat.	Afin de rectifier la position de la personne au besoin.
21 **Replacer le lit à son niveau le plus bas,** s'il a été levé.	Un lit bas facilite la descente hors du lit, avec ou sans aide.
22 **Placer la commande de réglage du lit près de la personne** si elle est apte à l'utiliser.	Pour favoriser l'autonomie de la personne.
23 **Placer les effets personnels de la personne de façon qu'elle puisse les atteindre facilement.**	Afin d'éviter les déplacements inutiles de la personne et de prévenir les chutes.
24 à 27 Effectuer les étapes B à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure des soins liés au positionnement.
- Chaque changement de position et le degré d'aide nécessaire.
- Le degré de tolérance de la personne et ses réactions.
- Le matériel utilisé pour prévenir les lésions de pression, le cas échéant.
- Toute apparition de rougeur aux protubérances osseuses. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Laura Mendosa **Dossier 321456**

2021-04-21 09:00 Installée en décubitus latéral gauche. Présence de rougeurs au coccyx (3 cm de diamètre) et à la malléole externe droite (2 cm de diamètre). Application de crème protectrice. Élise Rossi, inf.

Notes



Mise en place d'un bandage élastique en spirale

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer le maintien d'un environnement propre.
9. Assurer l'intimité de la personne.
10. Régler la hauteur du lit.
11. **Évaluer la capacité de la personne à communiquer, à comprendre les directives et à collaborer.**
12. **Vérifier si la personne présente une certaine restriction de la mobilité.**
13. **Évaluer l'intégrité de la peau de la personne.**
14. **Évaluer l'état du pansement.**
15. **Vérifier les signes neurovasculaires des membres inférieurs ou supérieurs.**
16. **Enseigner à la personne comment appliquer le bandage élastique.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

17. **Mettre des gants non stériles.**
18. **Tenir le rouleau de bandage élastique dans la main dominante.**
19. **Commencer en effectuant deux tours circulaires.**
20. **Continuer à enrouler le bandage de la partie distale à la partie proximale du membre atteint.**
21. **Terminer l'application du bandage par un tour circulaire, puis fixer le bandage.**
22. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

23. **Effectuer les évaluations suivantes : circulation sanguine du membre atteint ; état de la peau du membre atteint ; pouls par palpation sur le membre atteint ; présence de douleur ou de malaises ; mobilité de l'extrémité atteinte.**
24. **S'assurer du confort de la personne.**
25. Réinstaller la personne dans le lit.
26. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
27. Procéder à l'hygiène des mains.
28. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
29. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE (11–24)

SITUATION CLINIQUE

YVES DUGAS, 75 ans, a été opéré pour une saphénectomie gauche. Afin de prévenir l'œdème à la jambe opérée, vous devez appliquer un bandage élastique en spirale sur le pansement sec.

Notions de base

La mise en place d'un bandage élastique permet de protéger une blessure à un membre ou de couvrir un moignon. Le bandage élastique peut aussi servir à maintenir des pansements en place. La compression exercée par le bandage doit être uniforme afin d'éviter toute entrave à la circulation sanguine et l'apparition de complications. Il existe différentes méthodes de mise en place d'un bandage, dont les techniques circulaire, spiralée (en spirale), croisée, en figure de huit et renversée.

Matériel

- Bandages élastiques de largeur appropriée ❶
- Ruban adhésif ❷
- Gants non stériles, au besoin ❸



Étapes préexécutoires	Justifications
 ❶ à ❿ Effectuer les étapes A à J présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
ÉVALUATION 	
⓫ **Évaluer la capacité de la personne à communiquer, à comprendre les directives et à collaborer** lors des déplacements et des changements de position.	Afin d'adapter les directives à la personne et prévoir une aide additionnelle si elle est agitée, agressive ou désorientée.

Étapes préexécutoires	Justifications
 **ALERTE CLINIQUE** **Précaution en cas de doute** Si l'infirmière ne connaît pas la capacité de collaboration de la personne, il lui faut considérer qu'elle est incapable de collaborer et prévoir l'aide d'autres intervenantes en conséquence.	
ÉVALUATION  12 **Vérifier si la personne présente** ou doit respecter **une certaine restriction de la mobilité.**	Afin de déterminer si la personne peut collaborer à son déplacement ou à sa mobilisation et de prévoir l'aide d'autres intervenantes au besoin.
ÉVALUATION  13 **Évaluer l'intégrité de la peau de la personne** afin de détecter toute altération, tels des abrasions, de l'irritation, des rougeurs ou de l'œdème. Examiner attentivement les protubérances osseuses.	Une atteinte à l'intégrité de la peau pourrait constituer une contre-indication à l'utilisation de bandages élastiques.
ÉVALUATION  14 **Évaluer l'état du pansement,** s'il y a lieu. Remplacer ou renforcer le pansement, s'il est souillé ou s'il présente un écoulement.	Car il ne faut jamais appliquer un bandage élastique sur un pansement souillé.
ÉVALUATION  15 **Vérifier les signes neurovasculaires des membres inférieurs ou supérieurs,** selon le membre à envelopper : pouls et évaluation de la BCCMS (bonne chaleur, coloration, motricité et sensibilité). Comparer le membre atteint avec l'autre membre du côté opposé. **ALERTE CLINIQUE** **Position de la personne pendant la mise en place d'un bandage** Il est important que la personne soit couchée au moment de la mise en place d'un bandage élastique aux membres inférieurs. Si elle est assise ou debout, lui demander de se coucher ou d'élever les membres inférieurs durant 15 à 30 minutes avant l'application du bandage afin de favoriser le retour veineux et, le cas échéant, de diminuer l'œdème aux membres inférieurs.	Afin de s'assurer que la circulation bilatérale est adéquate.
16 **Enseigner à la personne** ou à un de ses proches **comment appliquer le bandage élastique.**	Afin d'assurer la continuité des soins après le congé de la personne.

Étapes exécutoires	Justifications
17 **Mettre des gants non stériles** s'il y a écoulement de la plaie. **N'OUBLIEZ PAS**  Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.	Afin de se protéger des liquides biologiques de la personne et d'éviter la transmission d'agents pathogènes.
18 **Tenir le rouleau de bandage élastique dans la main dominante** et saisir l'extrémité du bandage de l'autre main. La partie déroulée du bandage doit être sous le rouleau.	
19 **Commencer en effectuant deux tours circulaires** sur la partie distale du membre atteint en étirant légèrement le bandage.  **ALERTE CLINIQUE** **Évaluation aux extrémités en présence d'un bandage** Les orteils ou le bout des doigts doivent toujours être visibles lors de la pose d'un bandage afin de permettre l'évaluation de la circulation sanguine aux extrémités.	Afin d'assurer la stabilité du bandage.
20 **Continuer à enrouler le bandage de la partie distale à la partie proximale du membre atteint,** en appliquant une tension uniforme et constante. À chaque nouveau tour, le bandage doit recouvrir le tour précédent d'environ la moitié ou les deux tiers, avec un angle de 30°. 	Cela permet au bandage d'épouser uniformément la partie du corps sans exercer de compression excessive. Une tension appropriée et constante sur le bandage assure une compression uniforme. Afin d'assurer la stabilité du bandage et de maintenir une tension adéquate.
21 **Terminer l'application du bandage par un tour circulaire, puis fixer le bandage à l'aide de ruban adhésif.**	Afin de maintenir le bandage en place et d'éviter qu'il se déplace ou se desserre.
22 S'il y a lieu, **retirer les gants et les jeter à la poubelle.** **N'OUBLIEZ PAS**  Chaque jour, l'infirmière doit retirer le bandage élastique et procéder à l'inspection de la peau.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
 ÉVALUATION	
23 **Effectuer les évaluations suivantes :**	
• Évaluer la **circulation sanguine du membre atteint** et la comparer avec celle de l'autre membre du côté opposé toutes les quatre heures. • Évaluer l'**état de la peau du membre atteint** afin de détecter toute pâleur ou cyanose et tout trouble circulatoire.	Afin d'assurer le dépistage précoce d'une éventuelle perturbation de la circulation.
• Prendre le **pouls par palpation sur le membre atteint** et le comparer avec celui de l'autre membre.	Comparer les pouls aide à détecter l'insuffisance artérielle.
• Évaluer la **présence de douleur ou de malaises** comme des engourdissements, des picotements ou autres.	Cela permet de détecter une perturbation du retour veineux.
• Observer la **mobilité de l'extrémité atteinte.**	Cela permet de déterminer si le bandage est trop serré ou si la mobilité de l'articulation est atteinte.

SITUATION CLINIQUE

Lors de votre première évaluation, vous remarquez que le pied du côté du pansement (gauche) est plus froid et que les pouls pédieux et tibial sont plus faibles que ceux de la jambe droite. Que faites-vous ? Justifiez votre réponse.

24 **S'assurer du confort de la personne** et vérifier si son alignement corporel est adéquat.	Afin de rectifier la position de la personne au besoin.
25 à 29 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	

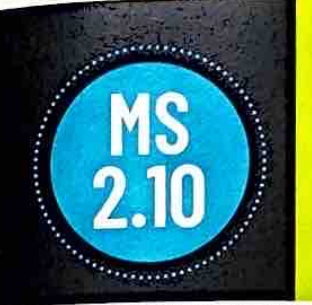
ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- L'état de la plaie et du pansement.
- La date et l'heure de l'application du bandage et le degré de confort de la personne.
- Les signes neurovasculaires, dont l'évaluation BCCMS.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- Tout changement important de la plaie ou de la circulation. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Yves Dugas **Dossier 456123**

2021-04-21	09:15	Mise en place d'un bandage élastique sur le membre inférieur gauche. Évaluation : pied gauche significativement plus froid que le droit, pouls pédieux et tibial droit > gauche. Bandage élastique retiré, puis réinstallé avec moins de tension.
2021-04-21	10:15	Évaluation : pouls pédieux et tibial bien perçus et sensiblement identiques bilatéralement, pieds chauds et bien colorés. Aucune douleur. Emma Losier, inf.



Mise en place d'un système de contention physique au lit à verrouillage par clé magnétique

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
7. Assurer l'intimité de la personne.
8. Régler la hauteur du lit.

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

9. **Vérifier si la personne présente une certaine restriction de la mobilité.**
10. **Évaluer le poids et la taille de la personne.**
11. **S'assurer de maîtriser le fonctionnement du matériel d'aide à la mobilisation.**
12. **Évaluer l'état de santé de la personne.**
13. **Consulter la politique en vigueur dans l'établissement et les protocoles concernant l'utilisation des moyens de contention physique.**
14. **Rappeler à la personne : les raisons justifiant la contention physique ; le moyen de contention qui sera utilisé ; la durée prévue du traitement.**
15. **Choisir chaque système de contention en fonction de la taille de la personne.**
16. **Consulter les directives du fabricant.**
17. **Demander à la personne de retirer tous ses bijoux ainsi que tous ses vêtements autres que sa chemise d'hôpital et ses sous-vêtements.**
18. **Évaluer l'état de la peau des membres.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

19. **Mettre en place une ceinture de contention abdominale.**
    - 19.1 **Déposer la ceinture abdominale au centre du lit.**
    - 19.2 **Insérer chacune des deux grandes sangles de la ceinture dans les ouvertures présentes de chaque côté du sommier, sous le matelas.**
    - 19.3 **Insérer une tige en métal dans l'un des œillets de chacune des grandes sangles.**
    - 19.4 **Fixer la première grande sangle.**
    - 19.5 **Tendre la seconde grande sangle de l'autre côté du lit, puis la fixer.**
    - 19.6 **Demander à la personne de s'installer en position dorsale au centre du lit, sur la ceinture de contention.**
    - 19.7 **Ramener une des sections de la ceinture sur l'abdomen de la personne et insérer une tige en métal.**
    - 19.8 **Ramener l'autre section.**
    - 19.9 **Verrouiller la ceinture en plaçant un bouton magnétique sur la tige en métal.**
    - 19.10 **Demander à la personne de bouger.**
    - 19.11 **Fixer les sangles latérales.**
20. **Mettre en place un système de contention des mains.**
    - 20.1 **Insérer une tige en métal dans la pochette intérieure de l'une des attache-poignets.**
    - 20.2 **Insérer cette attache-poignet dans la ganse inférieure de la ceinture abdominale.**
    - 20.3 **Ajuster l'attache au poignet de la personne.**

Mise en place d'un système de contention physique au lit à verrouillage par clé magnétique (*suite*)

20.4 Insérer la sangle à œillets dans la boucle de métal.

20.5 Ramener la sangle à œillets vers soi de façon à resserrer l'attache-poignet.

20.6 Insérer l'œillet correspondant à l'ajustement désiré dans la tige en métal.

20.7 Placer un bouton magnétique sur la tige en métal.

20.8 Insérer une nouvelle tige en métal dans l'un des œillets de la sangle latérale et y introduire l'œillet du bout de la sangle de l'attache-poignet.

20.9 Mettre un bouton magnétique sur la tige en métal.

20.10 Répéter les étapes 20.1 à 20.9 pour l'autre poignet.

21 Mettre en place un système de contention des pieds.

21.1 Installer la sangle de fixation au mobilier du système de contention à plat sur le lit.

21.2 Insérer chaque extrémité de la sangle dans les ouvertures présentes de chaque côté du sommier, sous le matelas.

21.3 Insérer une tige en métal dans l'un des œillets de chaque côté de la sangle de fixation.

21.4 Fixer le premier côté de la sangle.

21.5 Tendre le second côté de la sangle, puis le fixer.

21.6 Insérer une tige en métal dans la pochette intérieure de l'une des attache-chevilles.

21.7 Déposer cette attache-cheville à plat sur le lit.

21.8 Ajuster l'attache à la cheville de la personne.

21.9 Introduire la sangle de l'attache-cheville dans la boucle de métal.

21.10 Ramener la sangle à œillets vers soi de façon à resserrer l'attache-cheville.

21.11 Insérer l'œillet correspondant à l'ajustement désiré dans la tige en métal.

21.12 Placer un bouton magnétique sur la tige en métal.

21.13 Ajuster la sangle de l'attache-cheville selon la mobilité voulue.

21.14 Retirer le bouton magnétique de la tige en métal située sur la sangle de fixation.

21.15 Insérer un des œillets de la sangle de l'attache-cheville sur la tige en métal de la sangle de fixation.

21.16 Remettre le bouton magnétique sur la tige en métal.

21.17 Répéter les étapes 21.6 à 21.16 pour l'autre cheville.

22 Vérifier le bon positionnement de la personne dans le lit.

23 Remonter les ridelles de chaque côté du lit.

24 S'assurer que le lit est réglé à son niveau le plus bas et que les freins sont bloqués.

25 Expliquer à la personne le protocole de soins.

26 Placer une clé magnétique près de la personne, mais hors de sa portée.

27 Placer une autre clé magnétique à un endroit connu du personnel.

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

28 Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.

29 Procéder à l'hygiène des mains.

30 Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.

31 Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

32 Parler à la personne à chaque visite dans la chambre.

33 Retirer les systèmes de contention pendant environ 15 minutes, toutes les 2 heures.

34 Vérifier que les fixations des systèmes de contention et l'immobilité de la personne ne causent ni lésions ni zones de pression.

35 Vérifier minimalement chaque heure la bonne mise en place du système de contention.

SITUATION CLINIQUE

GEORGETTE PICHÉ, 92 ans, est atteinte de démence et fait de l'errance nocturne. Il a été entendu avec la famille qu'une contention physique au lit à verrouillage par clé magnétique (de type Segufix^MD, Pinel^MD ou Oxyliam^MD) serait utilisée pendant la nuit, afin d'assurer la sécurité de madame Piché.

Notions de base

La contention physique est une mesure de contrôle pouvant être utilisée chez une personne agitée pour éviter qu'elle mette en danger sa santé et sa sécurité ou celles de son entourage. La décision d'utiliser des mesures de contention constitue un acte réservé que l'infirmière est autorisée à exercer en fonction de son évaluation et de son jugement clinique (Ministère de la Santé et des Services sociaux [MSSS], 2015). Il s'agit d'une mesure de dernier recours, mise en place lorsque les mesures de remplacement possibles se sont avérées inefficaces, et seulement si la personne représente un danger pour elle-même ou pour autrui. Elle peut être appliquée dans deux contextes : le contexte d'intervention planifiée (pour résoudre un problème particulier) et le contexte d'intervention non planifiée (en présence d'un comportement inhabituel et représentant un danger imminent) (MSSS, 2015).

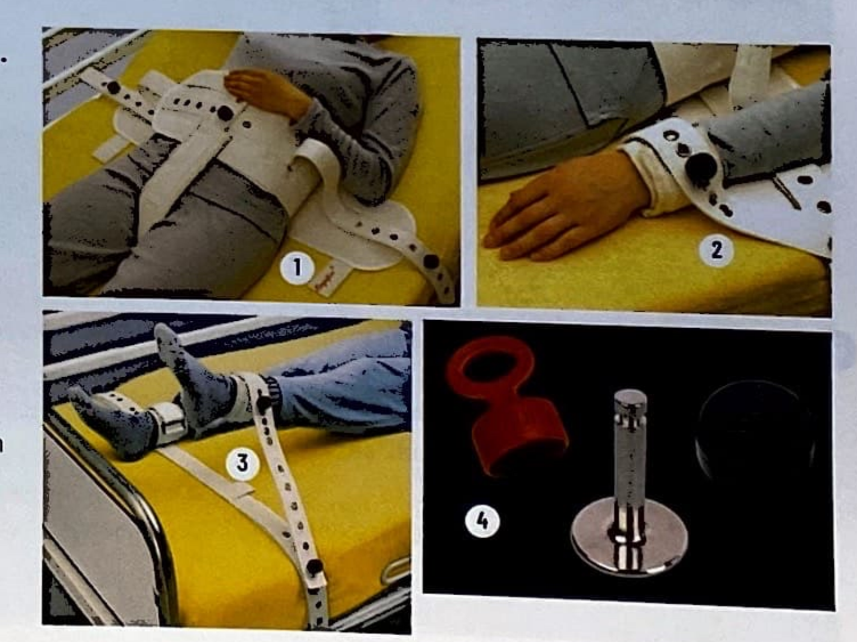
L'infirmière doit :

- utiliser le matériel de contention selon les normes édictées par le fabricant ;
- limiter la durée d'application au temps minimal requis par l'état de santé de la personne soignée, selon l'évaluation de l'infirmière ;
- utiliser le moyen de contention de façon optimale, sans excès, de manière à ne pas brimer inutilement la liberté ni compromettre la sécurité de la personne ;
- effectuer une surveillance horaire minimalement, ou plus fréquemment, selon les directives inscrites au PSTI ou, le cas échéant, au PTI, et noter régulièrement la condition de la personne ;
- réévaluer la pertinence du maintien de la mesure de contention.

Matériel

- Ceinture abdominale 1
- Attache-poignets, au besoin 2
- Attache-chevilles avec sangle de fixation au mobilier, au besoin 3
- Système de fermeture magnétique (clé magnétique, bouton magnétique et tige en métal) 4

Note : La présentation de la méthode de soins à l'aide du matériel Segufix^MD a strictement pour but d'appuyer le propos pédagogique et technique de l'ouvrage. Il s'agit d'un exemple non limitatif qui ne vise aucunement à faire la promotion d'un fabricant ou d'un fournisseur de produits. Ni l'Éditeur ni les auteures n'ont reçu un revenu ou un avantage conséquemment à la mention de cette marque.



Étapes préexécutoires	Justifications
1 à **8** Effectuer les étapes **A** à **E**, **G**, **I** et **J** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
ÉVALUATION **9** **Vérifier si la personne présente** ou doit respecter **une certaine restriction de la mobilité.**	Afin de déterminer si la personne peut collaborer à son déplacement ou à sa mobilisation et de prévoir l'aide d'autres intervenantes au besoin.
ÉVALUATION **10** **Évaluer le poids et la taille de la personne.**	Car le matériel d'aide à la mobilisation peut varier selon la taille et le poids de la personne.
11 **S'assurer de maîtriser le fonctionnement du matériel d'aide à la mobilisation** avant de l'utiliser.	Afin d'éviter les accidents.
ÉVALUATION  **12** **Évaluer l'état de santé de la personne,** le risque qu'elle représente pour elle ou pour les autres et la nécessité de la protéger ou de protéger son entourage. **N'OUBLIEZ PAS**  La contention physique doit être considérée comme une mesure d'exception et de dernier recours. Des mesures de remplacement moins restrictives doivent avoir été tentées auparavant. Toute application de contention doit être justifiée par écrit.	Car les mesures de contention ne doivent être utilisées qu'en cas de besoin.
13 **Consulter la politique en vigueur dans l'établissement et les protocoles concernant l'utilisation des moyens de contention physique** choisis ou prescrits.	En vertu de la *Loi sur les services de santé et les services sociaux* : « Tout établissement doit adopter un protocole d'application de ces mesures [de contrôle] en tenant compte des orientations ministérielles, le diffuser auprès de ses usagers et procéder à une évaluation annuelle de l'application de ces mesures » (S-4.2, art. 118.1, al. 3).
14 **Rappeler à la personne,** au membre de sa famille ou à son mandataire les points suivants : • **les raisons justifiant la contention physique ;** • **le moyen de contention qui sera utilisé ;** • **la durée prévue du traitement.** S'assurer de la compréhension de la personne.	Car la personne (ou un membre de sa famille ou son mandataire) a le droit d'être renseignée sur la procédure de contention mise en place.

Étapes préexécutoires	Justifications
15 **Choisir chaque système de contention** qui sera utilisé **en fonction de la taille de la personne** et vérifier le bon état de ses composantes.	Car un système de taille inappropriée ou des composantes endommagées peuvent provoquer des blessures ou même causer la mort.

ALERTE CLINIQUE

Composante obligatoire du matériel de contention pour l'abdomen

Selon le MSSS (2005), la ceinture de contention abdominale doit être munie de sangles latérales cousues, de façon à minimiser le mouvement vertical et le déplacement latéral de la personne.

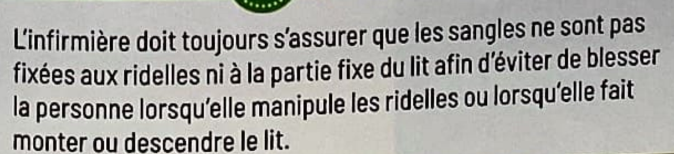
Étapes préexécutoires	Justifications
16 **Consulter les directives du fabricant** afin de vérifier dans quelles conditions et sur quelle surface le modèle de contention dont on dispose peut être installé.	
17 Selon la contention prévue, **demander à la personne de retirer tous ses bijoux** aux poignets ou aux chevilles **ainsi que tous ses vêtements autres que sa chemise d'hôpital et ses sous-vêtements.** Le faire pour elle au besoin.	Car les bijoux peuvent causer des blessures chez la personne. L'absence de chaussettes permet une meilleure surveillance de la circulation périphérique.

ÉVALUATION

Étapes préexécutoires	Justifications
18 **Évaluer l'état de la peau des membres** où le système de contention physique sera installé.	Afin d'avoir une évaluation préalable à la mise en place du matériel de contention et de pouvoir s'y référer au besoin.

Étapes exécutoires	Justifications
19 **Mettre en place une ceinture de contention abdominale** en suivant les étapes ci-après.	
19.1 **Déposer la ceinture abdominale au centre du lit** de la personne en orientant le logo inscrit sur la ceinture vers le pied du lit.	Le positionnement du logo indique le sens dans lequel la ceinture doit être placée pour être fonctionnelle et pour ne pas risquer de blesser la personne.
19.2 **Insérer chacune des deux grandes sangles de la ceinture dans les ouvertures présentes de chaque côté du sommier rigide articulé, sous le matelas.**	

N'OUBLIEZ PAS



L'infirmière doit toujours s'assurer que les sangles ne sont pas fixées aux ridelles ni à la partie fixe du lit afin d'éviter de blesser la personne lorsqu'elle manipule les ridelles ou lorsqu'elle fait monter ou descendre le lit.

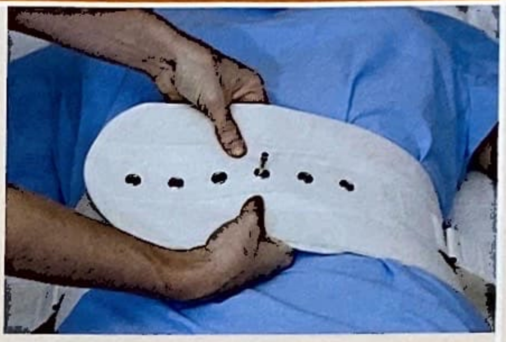
Étapes exécutoires		Justifications
19.3 **Insérer une tige en métal dans l'un des œillets de chacune des grandes sangles,** vis-à-vis du côté du matelas.		Le fait de placer les tiges sur le côté du matelas évite qu'elles puissent blesser la personne quand celle-ci est couchée sur le lit.
19.4 **Fixer la première grande sangle** en la rabattant et en insérant la tige en métal dans l'œillet qui arrive vis-à-vis d'elle. Insérer un bouton magnétique sur la tige en métal. Tirer sur le bouton afin de vérifier qu'il est bien fixé.		Le bouton magnétique empêche la tige de se dégager des œillets. Il est impossible de le retirer, sauf à l'aide de la clé magnétique.
19.5 **Tendre la seconde grande sangle de l'autre côté du lit** en exerçant une pression sur le matelas, **puis la fixer** avec un bouton magnétique. S'assurer que la ceinture est toujours bien centrée dans le lit.		Afin d'assurer le confort et la sécurité de la personne et de lui permettre de se tourner en position de décubitus latéral.
19.6 **Demander à la personne de s'installer en position dorsale au centre du lit, sur la ceinture de contention.** S'assurer que son alignement corporel est adéquat. L'aider à se replacer au besoin.		Un bon alignement corporel prévient les contractures et les blessures vasculonerveuses.

ALERTE CLINIQUE

Positionnement de la personne sur la ceinture de contention

La partie inférieure de la ceinture doit se trouver au-dessus des crêtes iliaques et sa partie supérieure, sous les seins. Il est important de s'assurer qu'aucune pièce de literie n'est insérée entre la ceinture abdominale et la personne.

Étapes exécutoires	Justifications
19.7 **Ramener une des sections de la ceinture sur l'abdomen de la personne et insérer une tige en métal** dans l'œillet vis-à-vis du centre de l'abdomen.	

Étapes exécutoires	Justifications
19.8 Ramener l'autre section et glisser une main sous la ceinture afin de déterminer l'espace qu'il convient de laisser entre la ceinture et l'abdomen, puis insérer la tige dans l'œillet qui se trouve vis-à-vis du centre de l'abdomen. S'assurer que la personne ne gonfle pas volontairement l'abdomen dans le but que la ceinture soit mal tendue. 	Le fait d'avoir l'espace d'une main entre la ceinture et l'abdomen confirme que la ceinture est confortable pour la personne. Une ceinture trop serrée pourrait comprimer l'abdomen de la personne, alors qu'une ceinture trop lâche pourrait lui permettre de glisser hors de cette dernière, ce qui augmente le risque d'accidents et de chutes.
19.9 Verrouiller la ceinture en plaçant un bouton magnétique sur la tige en métal. Le bouton doit être aligné avec le nombril de la personne. Tirer sur le bouton pour vérifier qu'il est bien fixé. 	
19.10 Demander à la personne de bouger vers le haut et vers le bas, puis vers la droite et vers la gauche.	La ceinture doit suivre le mouvement de la personne. Si elle se déplace vers le haut ou vers le bas ou si la personne peut se tourner à l'intérieur de la ceinture, cette dernière n'est pas ajustée adéquatement.
19.11 Fixer les sangles latérales en suivant les étapes ci-après.	L'utilisation des sangles latérales est obligatoire afin d'éviter que la personne puisse se retourner sur elle-même à 180°, ce qui augmenterait le risque d'accidents et de chutes.
19.11.1 Retirer le bouton magnétique d'une des grandes sangles à l'aide de la clé magnétique. Pour ce faire, placer la clé magnétique sur le bouton et tirer en maintenant la clé magnétique et le bouton entre les doigts. 	

Étapes exécutoires	Justifications

19.11.2 Introduire la tige en métal utilisée pour cette grande sangle dans un des œillets de la sangle latérale correspondante.



ALERTE CLINIQUE

Prévention des risques

Afin de respecter les recommandations du fabricant et d'assurer la sécurité de la personne, il ne faut jamais insérer plus de trois œillets sur une même tige en métal.

19.11.3 Verrouiller la sangle latérale en replaçant le bouton magnétique sur la tige en métal. Vérifier qu'il est bien fixé en tirant dessus.

S'assurer que la personne est en mesure de se tourner sur le côté.



19.11.4 Répéter les étapes 19.11.1 à 19.11.3 pour l'autre sangle latérale.

20 Selon la contention nécessaire et le matériel disponible, **mettre en place un système de contention des mains** en suivant les étapes ci-après.

N'OUBLIEZ PAS



D'autres systèmes de contention des poignets existent sur le marché, dont certains sont à usage unique et à installation rapide.

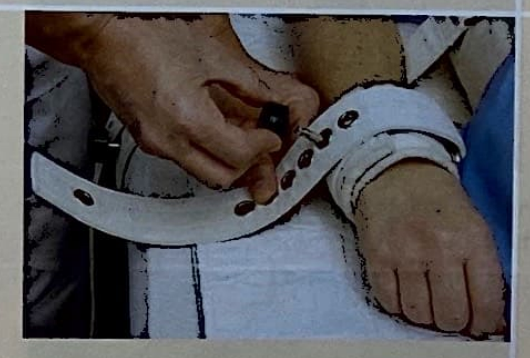
20.1 Insérer une tige en métal dans la pochette intérieure de l'une des attache-poignets.



Étapes exécutoires	Justifications
20.2 Insérer cette attache-poignet dans la ganse inférieure de la ceinture abdominale. Prendre soin d'orienter la sangle à œillets vers l'extérieur du lit. 	Le fait d'insérer les attache-poignets dans les ganses de la ceinture assurera une mobilité réduite des avant-bras. Si l'on souhaite garder une mobilité partielle des avant-bras, on peut omettre cette étape.

N'OUBLIEZ PAS 

Il n'est pas nécessaire d'insérer une protection entre le poignet et la contention. Les parois intérieures des attache-poignets sont soit coussinées, soit recouvertes de feutrine ou d'un autre tissu protecteur.

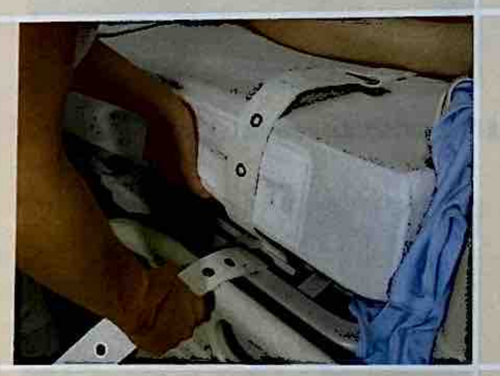
Étapes exécutoires	Justifications
20.3 Ajuster l'attache au poignet de la personne à l'aide de la bande velcro.	
20.4 Insérer la sangle à œillets dans la boucle de métal.	
20.5 Glisser un doigt entre l'attache-poignet et le poignet de la personne, et **ramener la sangle à œillets vers soi de façon à resserrer l'attache-poignet.** 	L'espace d'un doigt entre l'attache-poignet et le poignet de la personne assure une circulation sanguine adéquate et prévient les lésions de la peau, tout en évitant que la personne sorte sa main de l'attache-poignet.
20.6 Insérer l'œillet correspondant à l'ajustement désiré dans la tige en métal préalablement installée.	
20.7 Placer un bouton magnétique sur la tige en métal et tirer dessus pour vérifier qu'il est bien fixé. 	

Étapes exécutoires	Justifications
20.8 Insérer une nouvelle tige en métal dans l'un des œillets de la sangle latérale fixée à la ceinture abdominale **et y introduire l'œillet du bout de la sangle de l'attache-poignet.** 	



Prévention des risques

Afin de respecter les recommandations du fabricant et d'assurer la sécurité de la personne, il ne faut jamais insérer plus de trois œillets sur une même tige en métal.

Étapes exécutoires	Justifications
20.9 Mettre un bouton magnétique sur la tige en métal. Tirer sur le bouton pour vérifier qu'il est bien fixé.	
20.10 Répéter les étapes 20.1 à 20.9 pour l'autre poignet.	
21 Selon la contention nécessaire et le matériel disponible, **mettre en place un système de contention des pieds** en suivant les étapes ci-après.	
21.1 Installer la sangle de fixation au mobilier du système de contention à plat sur le lit de la personne, sous ses chevilles.	La sangle de fixation raccordée au lit permettra par la suite d'y rattacher les attache-chevilles.
21.2 Insérer chaque extrémité de la sangle dans les ouvertures présentes de chaque côté du sommier rigide articulé, sous **le matelas.** S'assurer que les ganses de la sangle de raccordement sont orientées vers le pied du lit. 	
21.3 Insérer une tige en métal dans l'un des œillets de chaque côté de la sangle de fixation, vis-à-vis des côtés du matelas.	
21.4 Fixer le premier côté de la sangle en le rabattant et en insérant la tige en métal dans l'œillet qui arrive vis-à-vis d'elle. Insérer un bouton magnétique sur la tige en métal. Tirer sur le bouton afin de vérifier qu'il est bien fixé. 	

Étapes exécutoires	Justifications
21.5 Tendre le second côté de la sangle en exerçant une pression sur le matelas, **puis le fixer** avec un bouton magnétique. S'assurer que la sangle de fixation est toujours bien centrée dans le lit. 	Afin que la personne puisse maintenir un bon alignement corporel au lit.
21.6 Insérer une tige en métal dans la pochette intérieure de l'une des attache-chevilles.	
21.7 Déposer cette attache-cheville à plat sur le lit, au niveau d'une des chevilles de la personne. Prendre soin d'orienter la sangle à œillets vers l'extérieur du lit. 	

N'OUBLIEZ PAS 

Il n'est pas nécessaire d'insérer une protection entre la cheville et la contention. Les parois intérieures des attache-chevilles sont soit coussinées, soit recouvertes de feutrine ou d'un autre tissu protecteur.

Étapes exécutoires	Justifications
21.8 Ajuster l'attache à la cheville de la personne à l'aide de la bande velcro.	
21.9 Introduire la sangle de l'attache-cheville dans la boucle de métal et la tirer vers le haut. 	
21.10 Glisser un doigt entre l'attache-cheville et la cheville de la personne, **et ramener la sangle à œillets vers soi de façon à resserrer l'attache-cheville.** 	L'espace d'un doigt entre l'attache-cheville et la cheville de la personne assure une circulation sanguine adéquate et prévient les lésions de la peau, tout en évitant que la personne sorte son pied de l'attache-cheville.

Étapes exécutoires	Justifications
21.11 Insérer l'œillet correspondant à l'ajustement désiré dans la tige en métal préalablement installée.	
21.12 Placer un bouton magnétique sur la tige en métal et vérifier qu'il est bien fixé en tirant dessus.	
21.13 Ajuster la sangle de l'attache-cheville selon la mobilité voulue. a) Mobilité réduite : glisser la sangle à œillets de l'attache-cheville dans la ganse de la sangle de fixation au mobilier.  b) Mobilité partielle : ne pas introduire la sangle à œillets de l'attache-cheville dans la ganse de la sangle de fixation au mobilier. 	Le fait de passer les sangles à œillets des attache-chevilles dans les ganses de la sangle de fixation assurera une mobilité réduite des jambes.
21.14 Retirer le bouton magnétique de la tige en métal située sur la sangle de fixation.	
21.15 Insérer un des œillets de la sangle de l'attache-cheville sur la tige en métal de la sangle de fixation.  **ALERTE CLINIQUE** **Prévention des risques** Afin de respecter les recommandations du fabricant et d'assurer la sécurité de la personne, il ne faut jamais insérer plus de trois œillets sur une même tige en métal.	
21.16 Remettre le bouton magnétique sur la tige en métal et tirer dessus pour vérifier qu'il est bien fixé.	

Étapes exécutoires	Justifications
21.17 **Répéter les étapes 21.6 à 21.16 pour l'autre cheville.**	

SITUATION CLINIQUE

Dans le cas de madame Piché, la mise en place d'un système de contention des mains et des pieds est-elle nécessaire ? Justifiez votre réponse.

22 **Vérifier le bon positionnement de la personne dans le lit.**	Afin de rectifier la position de la personne au besoin.
23 **Remonter les ridelles de chaque côté du lit.**	Afin d'assurer la sécurité de la personne.
24 **S'assurer que le lit est réglé à son niveau le plus bas et que les freins sont bloqués** en tout temps.	Afin de réduire le risque de blessures dans le cas où la personne tomberait du lit. Bloquer les freins évite que le lit bouge si la personne est agitée.
25 **Expliquer à la personne le protocole de soins** et l'horaire de la surveillance.	Afin de favoriser la collaboration de la personne et de la rassurer.
26 **Placer une clé magnétique près de la personne, mais hors de sa portée.** La clé doit être visible pour les autres membres du personnel.	Afin de rendre la clé rapidement accessible en cas d'urgence.
27 **Placer une autre clé magnétique à un endroit connu du personnel.**	Afin de disposer facilement d'une autre clé en cas de perte ou d'égarement de la première clé.

Étapes postexécutoires	Justifications
28 à 31 Effectuer les étapes B à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
32 **Parler à la personne à chaque visite dans la chambre** et la réorienter, au besoin.	Car l'utilisation d'une contention peut accroître la désorientation et l'agitation de la personne.
33 **Retirer les systèmes de contention pendant environ 15 minutes, toutes les 2 heures.** Ne pas laisser la personne sans surveillance pendant ce temps.	Afin de permettre à la personne de bouger, ce qui favorise la circulation sanguine et prévient les contractures.

ALERTE CLINIQUE

Comportement non collaboratif de la personne

Dans le cas où la personne manifeste un comportement violent ou si elle ne se conforme pas aux directives, dégager un seul membre à la fois ou demander l'aide d'une autre intervenante pour retirer l'ensemble du système de contention.

Étapes postexécutoires	Justifications
 ÉVALUATION  **34** **Vérifier que les fixations des systèmes de contention et l'immobilité de la personne ne causent ni lésions ni zones de pression.**	Afin de prévenir le risque de lésions de pression.
ÉVALUATION  **35** **Vérifier minimalement chaque heure la bonne mise en place du système de contention,** l'intégrité, la température et la couleur de la peau où sont placées les contentions, le pouls ainsi que la présence de sensations dans la partie immobilisée du corps.	Afin de prévenir toute complication (suffocation, lésions de pression, troubles circulatoires, etc.).

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

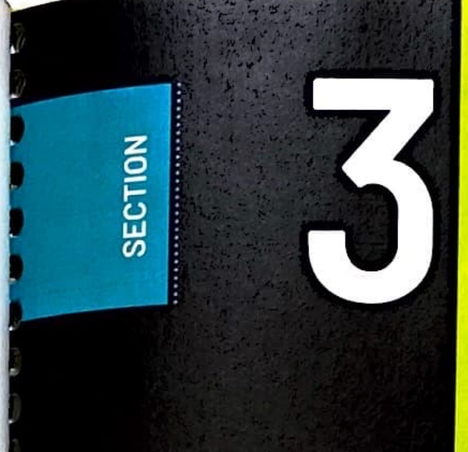
- La date, l'heure, le lieu et la durée de l'installation, de même que le type de système utilisé.
- Le consentement de la personne ou de celle autorisée légalement à consentir à la place de la personne.
- Le comportement de la personne avant, pendant et après la mise en place du moyen de contention.
- Les éléments de surveillance concernant les signes neurovasculaires, l'intégrité de la peau, le confort, etc.
- L'heure et la durée du retrait du moyen de contention.
- La réaction de la personne une fois le moyen de contention retiré.

NOTES D'ÉVOLUTION

Georgette Piché **Dossier 254983**

2021-04-26	21:15	Installée au lit pour la nuit. Mise en place de la ceinture abdominale à verrouillage magnétique. Consentante, car erre durant la nuit et a chuté à plusieurs reprises. Est calme et se repose. Surveillance chaque heure. Marie-Pascale Hamar, inf.

Notes



3 Signes vitaux

RÉDACTION : Carole Lemire, inf., M. Éd.
RÉVISION SCIENTIFIQUE : Wendy Camacho, inf., B. Sc.
Ruth Eneida Molina, inf., B. Sc., ICSG(C)

Guide d'étude

J'optimise mes apprentissages en effectuant les activités proposées au chapitre 11, p. 36 à 41, et au chapitre 12, p. 42 à 50.



Manuel

Chapitre 11 – Examen clinique : signes vitaux, p. 200
Chapitre 12 – Examen clinique : principes de base, p. 232



Ressources en ligne

- Vidéo MS 3.5
- Grilles d'observation
- Solutionnaire – Questions liées aux situations cliniques



Mesure de la température corporelle

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer l'intimité de la personne.
9. **Évaluer l'état physique de la personne.**
10. **Vérifier la présence d'une hyperthermie, d'une hypothermie ou d'un processus infectieux.**
11. **Vérifier les derniers résultats inscrits au dossier.**
12. **Déterminer la voie à utiliser pour la prise de la température et choisir le type de thermomètre approprié.**
13. **Installer la personne de façon à avoir accès à la voie choisie.**
14. **Mettre des gants non stériles.**
15. **Retirer le thermomètre du dispositif de charge.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

16. **Procéder à la mesure de la température corporelle.**
    - 16.1 **Mesurer la température buccale avec un thermomètre électronique.**
    - 16.2 **Mesurer la température rectale avec un thermomètre électronique.**
    - 16.3 **Mesurer la température axillaire avec un thermomètre électronique.**
    - 16.4 **Mesurer la température tympanique avec un thermomètre électronique.**
17. **Replacer le thermomètre sur le dispositif de charge.**
18. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

19. **Discuter des valeurs obtenues ou de l'évaluation avec la personne.**
20. **Inscrire les valeurs obtenues ou le résultat de l'évaluation sur la feuille de suivi clinique ou sur la feuille d'enregistrement des signes vitaux.**
21. **Comparer le résultat obtenu avec les valeurs antérieures et les valeurs de référence.**
22. Réinstaller la personne dans le lit.
23. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
24. Procéder à l'hygiène des mains.
25. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
26. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

SITUATION CLINIQUE

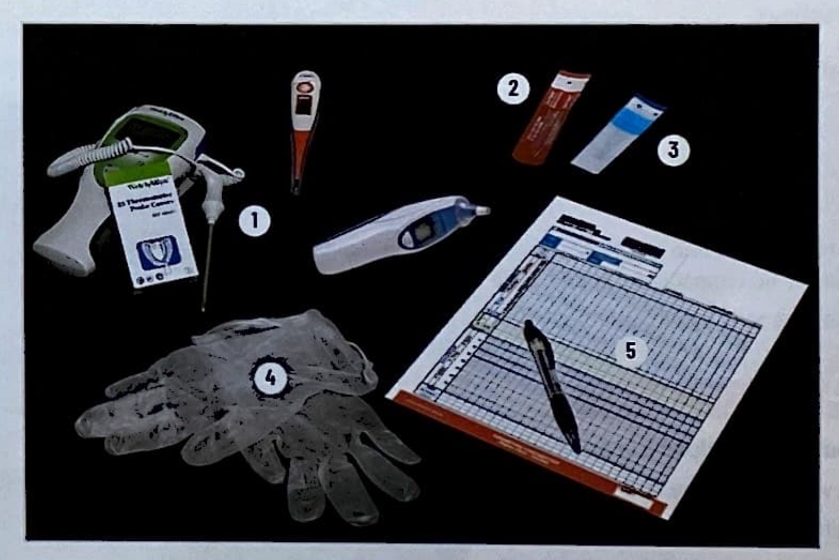
LUCIEN BOIVIN, 54 ans, a subi un triple pontage coronarien il y a 2 jours. Il a été transféré des soins intensifs dans votre unité ce matin. Vous lui rendez visite afin de prendre ses signes vitaux.

Notions de base

La température (T°) corporelle peut être mesurée par voie buccale, rectale, axillaire ou tympanique chez une personne au repos, en position assise ou couchée. L'infirmière doit choisir la méthode la mieux adaptée à l'état de la personne. La prise de température buccale est la méthode généralement utilisée, sauf si la personne ne peut garder la bouche fermée pendant au moins 30 secondes. La voie rectale est considérée comme la plus précise. La voie tympanique est surtout utilisée en pédiatrie. La voie axillaire, beaucoup moins précise, est employée seulement si les autres voies sont inaccessibles ou si la personne souffre de neutropénie, ainsi que chez les nouveau-nés. Il existe, pour chacune des voies, divers types de thermomètres : à usage unique, électronique individuel et électronique institutionnel. La température d'une personne est au plus bas en début d'avant-midi et au plus haut en début de soirée. L'exposition à un milieu ambiant chaud ou froid peut également influer sur la température corporelle.

Matériel

- Thermomètre approprié à la voie utilisée (buccale, rectale, axillaire, tympanique) 1
- Gaine protectrice jetable 2
- Lubrifiant hydrosoluble (pour prise de température rectale) 3
- Gants non stériles, au besoin 4
- Feuille ou graphique d'enregistrement des signes vitaux et stylo 5
- Références pour les valeurs normales (*voir le tableau ci-dessous*)



Voie utilisée	Valeurs normales	
	Enfant	Adulte
Buccale	De 35,5 à 37,5 °C	De 36,0 à 37,5 °C
Rectale	De 36,6 à 38,0 °C	De 36,5 à 38,0 °C
Axillaire	De 34,7 à 37,3 °C	De 35,5 à 37,0 °C
Tympanique	De 35,8 à 38,0 °C	De 36,0 à 37,5 °C

Sources : Chevalier, Renaud et Hubert (2005); Société canadienne de pédiatrie (2000).

Étapes préexécutoires	Justifications
1 à 8 Effectuer les étapes A à G et I présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
 ÉVALUATION 9 **Évaluer l'état physique de la personne** en vue de dépister les manifestations cliniques d'un bas débit cardiaque ou d'une détérioration de son état général, tels : • une dyspnée, une tachypnée, une bradypnée ; • un état de fatigue inhabituel ; • de la confusion ; • une douleur rétrosternale ; • une lipothymie ; • de l'orthopnée ; • des palpitations ; • des extrémités froides et moites ; • une distension des jugulaires ; • un œdème périphérique ; • une cyanose.	
ÉVALUATION 10 **Vérifier la présence d'une hyperthermie, d'une hypothermie ou d'un processus infectieux.**	
11 **Vérifier les derniers résultats inscrits au dossier** de la personne.	Ces résultats servent de référence à l'infirmière. Elle pourra les comparer avec les résultats obtenus et déterminer si l'état de santé de la personne s'est modifié.
12 **Déterminer la voie à utiliser pour la prise de la température** (buccale, rectale, axillaire ou tympanique) **et choisir le type de thermomètre approprié.** Si la personne est en isolement, utiliser un thermomètre jetable.  ALERTE CLINIQUE **Contre-indications à la prise de température buccale** La voie buccale ne doit pas être utilisée dans les cas suivants : • chirurgie de la bouche ou des glandes salivaires ; • détresse respiratoire ; • oxygénothérapie sous masque ; • état de conscience altéré ; • personne non coopérative ou combative ; • enfant de moins de cinq ans.	La voie utilisée doit être adaptée aux besoins et à l'état de la personne.

Étapes préexécutoires	Justifications
SITUATION CLINIQUE Étant donné la situation de monsieur Boivin, quelle voie allez-vous privilégier pour la prise de la température ?	
13 Installer la personne de façon à avoir accès à la voie choisie. a) Voie buccale, axillaire ou tympanique : position de décubitus dorsal, semi-Fowler, Fowler ou assise. b) Voie rectale : décubitus latéral droit ou gauche, jambes repliées vers le ventre.	Afin de prévenir les blessures, de faciliter l'exécution de la technique et d'éviter que la personne soit inconfortable.
14 Mettre des gants non stériles, au besoin. **N'OUBLIEZ PAS**  Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.	Afin de se protéger des liquides biologiques de la personne et d'éviter la transmission d'agents pathogènes.
15 Retirer le thermomètre du dispositif de charge, le cas échéant.	

Étapes exécutoires	Justifications
16 Procéder à la mesure de la température corporelle selon l'une des méthodes suivantes. **16.1** Mesurer la température buccale avec un thermomètre électronique. **16.2** Mesurer la température rectale avec un thermomètre électronique. **16.3** Mesurer la température axillaire avec un thermomètre électronique. **16.4** Mesurer la température tympanique avec un thermomètre électronique.	
16.1 **Mesurer la température buccale avec un thermomètre électronique.** **N'OUBLIEZ PAS**  Cette méthode est à privilégier, sauf si la personne ne peut garder la bouche fermée pendant 30 secondes.	
16.1.1 Retirer la sonde thermique du module.	
16.1.2 Insérer la sonde thermique dans la gaine protectrice de plastique en la poussant jusqu'au fond de celle-ci.  	La gaine permet d'éviter tout contact avec les liquides biologiques de la personne.

MS 3.1

Étapes exécutoires	Justifications
16.1.3 Demander à la personne d'ouvrir la bouche et placer délicatement la sonde sous la langue, d'un côté du frein de la langue dans la région sublinguale postérieure. 	Car la température émise par les vaisseaux sanguins situés dans la région sublinguale postérieure de la langue est plus élevée que celle émise par les vaisseaux de la partie antérieure.
ALERTE CLINIQUE **Risque d'altération du résultat** Il faut s'assurer que la personne n'a pas bu, mangé, mâché de la gomme ni fumé au cours des 30 minutes précédant la prise de température buccale, car ces activités peuvent fausser le résultat.	
16.1.4 Tout en maintenant le thermomètre en place, demander à la personne de fermer les lèvres autour de la sonde et de maintenir la langue abaissée. 	Afin de maintenir la sonde en place durant la prise de température et d'éviter que l'air ambiant entre dans la bouche, ce qui pourrait fausser le résultat.
16.1.5 Maintenir la sonde en place jusqu'à ce que le thermomètre émette un signal sonore. Noter la température qui apparaît sur l'afficheur numérique.	Le délai varie selon la marque du thermomètre utilisé.
16.1.6 Retirer la sonde de la bouche de la personne. Appuyer sur le bouton d'éjection de la sonde afin de la libérer de sa gaine protectrice et jeter celle-ci à la poubelle.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
16.1.7 Nettoyer la sonde et le module selon la procédure de l'établissement ou les recommandations du fabricant. Replacer la sonde thermique dans son module. Passer à l'étape 17.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes et de protéger la sonde des bris.
16.2 Mesurer la température rectale avec un thermomètre électronique. **N'OUBLIEZ PAS**  Cette méthode est considérée comme la plus précise. Elle est à privilégier dans les cas suivants : • chirurgie de la bouche ou des glandes salivaires ; • détresse respiratoire ; • oxygénothérapie sous masque ; • personne inconsciente ; • enfant de moins de deux ans.	

Étapes exécutoires	Justifications
16.2.1 Retirer le thermomètre de son étui.	
16.2.2 Insérer le thermomètre dans la gaine protectrice de plastique en le poussant jusqu'au fond de celle-ci. 	La gaine permet d'éviter tout contact avec les liquides biologiques de la personne.
16.2.3 Lubrifier l'embout de la gaine sur une longueur d'environ 3 à 4 cm pour un adulte et de 2 cm pour un enfant. 	Afin de faciliter l'introduction du thermomètre et de réduire le risque de traumatisme de la muqueuse anale.
16.2.4 Écarter doucement les fesses de la personne avec la main non dominante afin de visualiser l'anus. Demander à la personne de respirer profondément et d'éviter de contracter son anus.	Une profonde respiration l'aide à se détendre.
16.2.5 Insérer délicatement le thermomètre dans le rectum à une profondeur de 3,5 cm chez l'adulte, de 2,5 cm chez l'enfant de 3 ans et plus, et de 1,5 cm chez le bébé, en le dirigeant vers l'ombilic sans forcer. **ALERTE CLINIQUE** — **Résistance ou douleur** En cas de résistance ou de douleur, il faut retirer le thermomètre et mesurer la température en utilisant une autre voie.	Afin de ne pas traumatiser la muqueuse anale. Afin que le thermomètre soit en contact avec les vaisseaux sanguins de la paroi anale.
16.2.6 Maintenir le thermomètre en place jusqu'à ce qu'il émette un signal sonore. Noter la température qui apparaît sur l'afficheur numérique.	Le délai varie selon la marque du thermomètre utilisé.
16.2.7 Retirer doucement le thermomètre du rectum de la personne. Retirer la gaine protectrice et la jeter à la poubelle.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
16.2.8 Nettoyer le thermomètre selon la procédure de l'établissement ou les recommandations du fabricant. Ranger le thermomètre dans son étui. Passer à l'étape 17.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes et de protéger le thermomètre des bris.

Étapes exécutoires	Justifications
16.3 Mesurer la température axillaire avec un thermomètre électronique. **N'OUBLIEZ PAS**  Cette méthode est utilisée seulement si les autres voies sont inaccessibles ainsi que chez les nouveau-nés.	
16.3.1 Dégager la région axillaire droite ou gauche de façon à n'exposer que le bras, l'épaule et l'aisselle. S'assurer de bien respecter la pudeur de la personne. Aider la personne à retirer son vêtement au besoin.	
16.3.2 Retirer la sonde thermique du module.	
16.3.3 Insérer la sonde thermique dans la gaine protectrice de plastique en la poussant jusqu'au fond de celle-ci.	La gaine permet d'éviter tout contact avec les liquides biologiques de la personne.
16.3.4 Soulever le bras de la personne et l'éloigner du corps. S'assurer que la région ne présente pas de lésion cutanée ni de signe de transpiration excessive. En cas de lésion, choisir un autre site pour la prise de température. En cas de transpiration, sécher la zone en l'essuyant avec une débarbouillette avant d'y placer la sonde. 	Une lésion cutanée ou la présence de transpiration peuvent fausser les résultats.
16.3.5 Placer la sonde au creux de l'aisselle au niveau de l'artère axillaire et abaisser le bras de la personne vers le corps, l'avant-bras reposant sur la poitrine. 	Afin d'assurer le contact de la sonde avec les vaisseaux sanguins de l'aisselle.
16.3.6 Maintenir la sonde en place jusqu'à ce que le module émette un signal sonore. Noter la température qui apparaît sur l'afficheur numérique.	Le délai varie selon la marque du thermomètre utilisé.

Étapes exécutoires	Justifications
16.3.7 Retirer la sonde de l'aisselle de la personne. Appuyer sur le bouton d'éjection de la sonde afin de libérer la gaine protectrice et jeter celle-ci dans la poubelle.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
16.3.8 Nettoyer la sonde et le module selon la procédure de l'établissement ou les recommandations du fabricant. Replacer la sonde thermique dans son module.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes et de protéger la sonde des bris.
16.3.9 Aider la personne à remettre son vêtement au besoin. Passer à l'étape 17.	
16.4 Mesurer la température tympanique avec un thermomètre électronique.	

N'OUBLIEZ PAS !

Cette méthode est surtout utilisée en pédiatrie.

Étapes exécutoires	Justifications
16.4.1 Demander à la personne de tourner au maximum la tête du côté opposé à vous, de façon à rendre son oreille plus accessible et à exposer son conduit auditif.	Afin de faciliter l'insertion du thermomètre.
16.4.2 Nettoyer la lentille du thermomètre avec un tampon d'alcool 70 % et y mettre un embout protecteur à usage unique.	La lentille doit être exempte de poussière et de traces de doigts pour assurer une lecture claire. L'embout protecteur permet d'éviter le contact de la lentille avec le cérumen (sécrétions de l'oreille).
16.4.3 Exposer le tympan en suivant la morphologie liée à l'âge de la personne. a) Chez l'enfant âgé de deux à trois ans : tirer délicatement le pavillon de l'oreille vers l'arrière et légèrement vers le bas. b) Chez l'enfant âgé de plus de trois ans : tirer délicatement le pavillon de l'oreille vers l'arrière et légèrement vers le haut. c) Chez l'adulte : tirer le pavillon de l'oreille vers le haut et vers l'arrière.	Afin de favoriser l'exposition maximale du tympan.

N'OUBLIEZ PAS !

Lorsque le thermomètre tympanique est utilisé chez un enfant de moins de trois mois, il faut faire trois lectures pour assurer un résultat fiable et ne retenir que la plus élevée.

Étapes exécutoires	Justifications
16.4.4 Insérer le thermomètre dans le conduit auditif en exécutant des mouvements circulaires jusqu'à ce qu'il y soit correctement logé.  Immobiliser le thermomètre en exerçant une légère pression.	Afin de permettre au capteur du thermomètre de détecter la chaleur maximale produite par la membrane du tympan. Afin d'éviter que le capteur soit en contact avec l'air ambiant, ce qui pourrait fausser le résultat dans une mesure pouvant atteindre 2,7 °C.
16.4.5 Appuyer sur le bouton de lecture optique. Laisser le thermomètre en place jusqu'à ce qu'il émette un signal sonore. Retirer le thermomètre et noter la température qui apparaît dans la fenêtre d'affichage.	Le délai varie selon la marque du thermomètre utilisé.

N'OUBLIEZ PAS 

Il est important de noter immédiatement la mesure de la température tympanique obtenue, car cette dernière s'effacera automatiquement au moment de l'éjection de l'embout protecteur.

Étapes exécutoires	Justifications
16.4.6 Jeter l'embout protecteur à la poubelle.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
16.4.7 Nettoyer le thermomètre selon la procédure de l'établissement ou les recommandations du fabricant et le ranger.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes et de protéger le thermomètre des bris.
17 **Replacer le thermomètre sur le dispositif de charge,** le cas échéant.	Afin de maintenir la charge du thermomètre.
18 **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
19 **Discuter des valeurs obtenues ou de l'évaluation avec la personne.**	Afin de la sensibiliser à son état de santé et de l'inciter à collaborer au plan de traitement.
20 **Inscrire les valeurs obtenues ou le résultat de l'évaluation sur la feuille de suivi clinique ou sur la feuille d'enregistrement des signes vitaux** (*voir l'exemple, à la page 168*). Plusieurs établissements ont des logiciels pour la saisie électronique des résultats des signes vitaux au dossier de la personne.	Afin d'assurer le suivi de l'état de santé de la personne et la continuité des soins.

Étapes postexécutoires	Justifications
21 **Comparer le résultat obtenu avec les valeurs antérieures et les valeurs de référence** pour le groupe d'âge auquel appartient la personne.	Cela permet d'assurer un meilleur suivi de l'état de santé de la personne.
22 à 26 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- En cas de résultat anormal, la date et l'heure de la mesure, le résultat obtenu et la voie utilisée.
- Tout traitement effectué à la suite d'un résultat anormal.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- **Il faut également transmettre tout résultat anormal au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Lucien Boivin **Dossier 214596**

2021-08-27 17:00 T° buccale 38,6 °C. Dit se sentir fatigué et avoir peu d'énergie. Absence de frissons. Acétaminophène 650 mg, soit 2 co. de 325 mg PO administré. Débarbouillette d'eau froide appliquée sur son front. Repose au lit.

2021-08-27 18:00 T° buccale 37,7 °C. Dit se sentir fatigué et avoir peu d'énergie. Léa Sivret, inf.

Voir la feuille d'enregistrement des signes vitaux de monsieur Boivin, à la page 168.

Notes



Mesure de la fréquence cardiaque

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer l'intimité de la personne.
9. Régler la hauteur du lit.
10. **Évaluer l'état physique de la personne.**
11. **Évaluer certains facteurs pouvant influer sur les signes vitaux.**
12. **Vérifier les derniers résultats inscrits au dossier.**
13. **Évaluer s'il est préférable de mesurer le pouls radial ou le pouls apical, ou les deux.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

14. **Procéder à la mesure de la F.C.**
    - 14.1 **Mesurer le pouls radial.**
    - 14.2 **Mesurer le pouls apical.**
15. **Le cas échéant, comparer la fréquence du pouls radial à celle du pouls apical.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

16. **Discuter des valeurs obtenues ou de l'évaluation avec la personne.**
17. **Inscrire les valeurs obtenues ou le résultat de l'évaluation sur la feuille de suivi clinique ou sur la feuille d'enregistrement des signes vitaux.**
18. **Comparer le résultat obtenu avec les valeurs antérieures et les valeurs de référence.**
19. Réinstaller la personne dans le lit.
20. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
21. Procéder à l'hygiène des mains.
22. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
23. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE (étapes 10 à 18)

SITUATION CLINIQUE

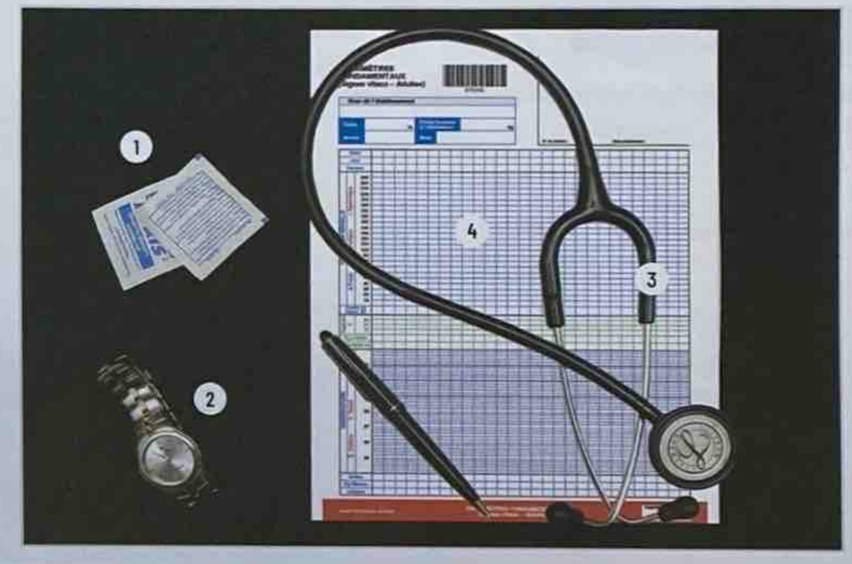
LUCIEN BOIVIN, 54 ans, a subi un triple pontage coronarien il y a 3 jours. Il récupère bien de son opération. Cependant, il a commencé à faire de la fibrillation auriculaire (arythmie cardiaque) en début de soirée. Pour le moment, les médicaments antiarythmiques administrés ont ralenti sa fréquence cardiaque (F.C.) dans les valeurs normales (92/min), mais le rythme est encore irrégulier.

Notions de base

La mesure de la F.C. permet d'évaluer les changements hémodynamiques chez une personne à la suite de certains traitements, de la prise de médicaments ou d'une détérioration de son état de santé. Une période de repos de 10 à 15 minutes doit être respectée avant la prise de cette mesure. Il est recommandé de privilégier la prise du pouls apical pour les enfants, les personnes obèses et celles atteintes d'une maladie cardiovasculaire. L'infirmière doit connaître les valeurs normales de la F.C. des diverses clientèles qu'elle soigne, selon leur condition, afin de pouvoir poser un jugement clinique pertinent sur leur état de santé.

Matériel

- Tampons d'alcool 70 % ❶
- Montre avec trotteuse ou affichage numérique ❷
- Stéthoscope (pour pouls apical seulement) ❸
- Feuille ou graphique d'enregistrement des signes vitaux et stylo ❹
- Références pour les valeurs normales (*voir le tableau ci-dessous*)



Âge / Sexe	Battements par minute
Nouveau-né	70-190
1 an	80-160
2 ans	80-130
4 ans	80-120
6 ans	75-115
8-10 ans	70-110
12 ans femme	70-110
12 ans homme	65-105
16 ans femme	60-100
16 ans homme	55-95
18 ans femme	55-95
18 ans homme	50-90
Adulte	50-95

Source : McGee (2018).



Étapes préexécutoires	Justifications
1 à 9 Effectuer les étapes A à G, I et J présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
ÉVALUATION √ 10 **Évaluer l'état physique de la personne** en vue de dépister les manifestations cliniques d'un bas débit cardiaque ou d'une détérioration de son état général, tels : • une dyspnée, une tachypnée, une bradypnée ; • un état de fatigue inhabituel ; • de la confusion ; • une douleur rétrosternale ; • une lipothymie ; • de l'orthopnée ; • des palpitations ; • des extrémités froides et moites ; • une distension des jugulaires ; • un œdème périphérique ; • une cyanose.	
 **ÉVALUATION** 11 **Évaluer certains facteurs pouvant influer sur les signes vitaux,** tels que :	
• l'âge ;	Les valeurs de référence des signes vitaux varient selon l'âge de la personne.
• l'exercice physique ;	Durant un exercice physique, le volume systolique et les fréquences cardiaque et respiratoire augmentent afin de répondre aux besoins accrus de l'organisme.
• le changement de position ;	Les fréquences cardiaque et respiratoire augmentent temporairement lorsque la personne passe de la position couchée à la position debout, alors que la pression artérielle diminue légèrement.
• la prise de médicaments ;	Les médicaments antiarythmiques, sympathomimétiques et cardiotoniques ainsi que les stimulants du système nerveux (p. ex. la caféine) augmentent la F.C. Les analgésiques opioïdes peuvent entraîner une dépression du système respiratoire.
• la température ;	La fièvre ou l'exposition à un milieu ambiant chaud ou froid peuvent influer sur les fréquences cardiaque et respiratoire, ainsi que sur la température corporelle.

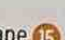
Étapes préexécutoires	Justifications
• le stress émotionnel, l'anxiété, la peur, etc.	La stimulation du système nerveux sympathique entraîne une augmentation des fréquences cardiaque et respiratoire.
12 **Vérifier les derniers résultats inscrits au dossier** de la personne.	Ces résultats servent de référence à l'infirmière. Elle pourra les comparer avec les résultats obtenus et déterminer si l'état de santé de la personne s'est modifié.
ÉVALUATION	
13 **Évaluer s'il est préférable de mesurer le pouls radial ou le pouls apical, ou les deux.** **ALERTE CLINIQUE** **Comparaison du pouls apical et du pouls radial** Durant un examen physique circulatoire et cardiaque, il est justifié de comparer en simultané le pouls apical et le pouls radial en présence d'un rythme irrégulier ou de palpitations. L'objectif est de détecter un rythme déficitaire entre les deux pouls afin d'être orientée dans l'évaluation d'une personne qui a un bas débit cardiaque.	La mesure du pouls apical est plus précise chez les personnes atteintes d'une cardiopathie ou d'arythmie et pouvant présenter une modification du rythme cardiaque à la suite : • de certains examens paracliniques invasifs ; • de la prise de certains médicaments ; • de l'administration d'une perfusion à débit rapide ; • d'une hémorragie.

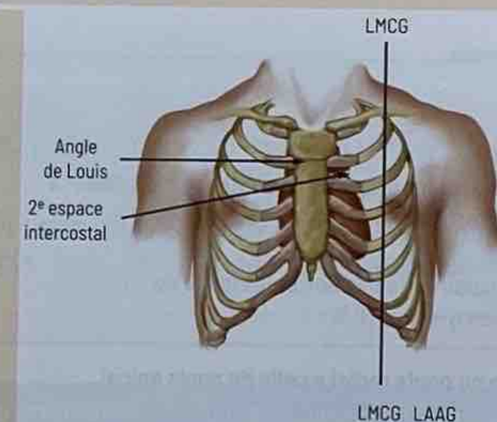
SITUATION CLINIQUE

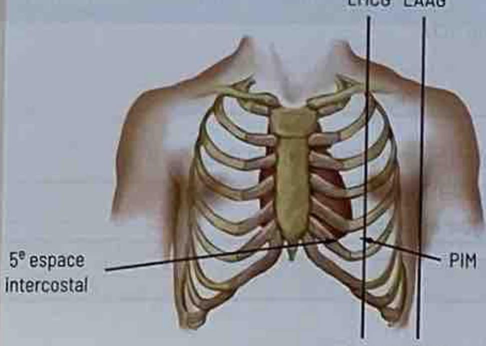
Étant donné la situation de monsieur Boivin, devez-vous prendre son pouls radial ou son pouls apical ? Justifiez votre réponse.

Étapes exécutoires	Justifications
14 **Procéder à la mesure de la F.C.** selon l'une des méthodes suivantes. 14.1 Mesurer le pouls radial. 14.2 Mesurer le pouls apical.	
14.1 **Mesurer le pouls radial** (gauche et droit).	
14.1.1 Demander à la personne de placer le bras de façon à permettre la mesure, en fonction de sa position. a) Personne en décubitus dorsal : lui demander de placer l'avant-bras le long de son corps ou de le déposer sur son abdomen, le poignet tendu et droit.	L'extension du poignet permet d'exposer l'artère à palper, facilitant ainsi la manœuvre.

Étapes exécutoires	Justifications
b) Personne assise : lui demander de plier le bras à 90° et d'appuyer l'avant-bras sur sa cuisse, son abdomen, l'accoudoir du fauteuil ou votre bras. 	
14.1.2 Placer l'extrémité (pulpe des doigts) de l'index et du majeur de la main dominante sur le sillon qui se trouve le long du côté radial (partie interne, côté du pouce) du poignet de la personne. L'annulaire peut également être utilisé au besoin. 	La pulpe des doigts est la partie la plus sensible de la main et celle qui perçoit le mieux la F.C.
14.1.3 Presser légèrement le radius de façon à percevoir les battements de l'artère radiale.	Une trop forte pression inhibe le pouls et altère la circulation sanguine.
ÉVALUATION  **14.1.4** Évaluer le rythme du pouls (régulier ou irrégulier) ainsi que son amplitude selon la force de frappe ressentie sur les doigts. **N'OUBLIEZ PAS**  L'utilisation d'une échelle à quatre niveaux permet de qualifier l'amplitude du pouls : 3 : bondissant, difficile à oblitérer ; 2 : normal, rapidement perceptible, peut être oblitéré par une forte pression ; 1 : faible, difficile à palper ; 0 : absent ou non palpable.	L'amplitude du pouls est proportionnelle à la quantité de sang éjectée contre les parois des artères à chaque contraction des ventricules.
14.1.5 Lorsque le pouls est bien perçu, compter le nombre de pulsations durant au moins 15 secondes en regardant sa montre. Il est important de bien percevoir le pouls avant de commencer à compter. Multiplier le résultat obtenu en 15 secondes par 4 pour obtenir la fréquence par minute. Si le pouls est irrégulier, compter le nombre de pulsations pendant 60 secondes.	Afin d'évaluer avec plus de précision une F.C. irrégulière.
14.1.6 Répéter les étapes 14.1.1 à 14.1.5 avec l'autre bras.	

Étapes exécutoires	Justifications
14.1.7 Comparer les F.C. radiales des deux bras. Consigner le type d'arythmie éventuellement constaté et les différences de fréquence ou d'amplitude du pouls dans les notes d'évolution. Passer à l'étape 14.2 ou à l'étape .	Une différence entre les deux pouls pourrait indiquer une modification du système vasculaire périphérique.
ALERTE CLINIQUE **Pouls radial irrégulier** Habituellement, le rythme du pouls est régulier. Toutefois, si le pouls radial est irrégulier (dysrythmie ou arythmie), il faut prendre la mesure du pouls à l'apex cardiaque, inscrire les résultats au dossier de la personne et en aviser le médecin. Ce dernier pourra prescrire certains examens, notamment un électrocardiogramme (ECG), pour trouver la cause de la dysrythmie ou de l'arythmie.	
14.2 Mesurer le pouls apical. **N'OUBLIEZ PAS**  Cette méthode est généralement utilisée chez les personnes dont la F.C. est irrégulière ou qui présentent des problèmes cardiaques.	
14.2.1 Découvrir le sternum et la partie gauche du thorax de la personne.	
14.2.2 Nettoyer les embouts auriculaires, le pavillon et la cloche du stéthoscope avec un tampon d'alcool 70 %.	Afin d'éviter la transmission d'agents pathogènes.
14.2.3 Déterminer le point d'impulsion maximale (PIM), appelé aussi apex cardiaque. Pour ce faire : • repérer l'angle de Louis (proéminence osseuse située juste au-dessous de la fourchette sternale, entre le corps sternal et le manubrium); • glisser les doigts vers la gauche sur le sternum de la personne pour localiser le deuxième espace intercostal ;	L'utilisation de repères anatomiques permet de positionner adéquatement le stéthoscope sur l'apex (pointe) du cœur et ainsi de mieux percevoir les bruits cardiaques.





© Pat Thomas

Étapes exécutoires	Justifications
• descendre doucement les doigts jusqu'au cinquième espace intercostal et les déplacer légèrement vers la gauche au-delà de la ligne médioclaviculaire gauche (LMCG) jusqu'à sentir un battement ou frémissement cardiaque. Il s'agit alors de l'apex cardiaque. Chez la personne souffrant d'une cardiopathie grave (p. ex. une hypertrophie ventriculaire gauche), le PIM peut se trouver au-delà de la LMCG, vers la ligne axillaire antérieure gauche (LAAG), ou même au sixième espace intercostal.	
14.2.4 Réchauffer le pavillon du stéthoscope dans la paume de la main pendant 5 à 10 secondes.	Car un pavillon froid est désagréable pour la personne.
14.2.5 Ajuster les embouts du stéthoscope dans vos oreilles, l'orifice de l'embout dirigé vers l'avant, et vérifier la clarté des sons perçus.	Afin de respecter l'angle du conduit auditif et d'obtenir une meilleure audition.
14.2.6 Placer le pavillon du stéthoscope sur le PIM et tendre la tubulure. Identifier les bruits cardiaques entendus.	Car toute torsion de la tubulure peut provoquer de la distorsion et nuire à la transmission des sons.
14.2.7 Lorsque le pouls est bien perceptible, commencer à compter le nombre de battements pendant une minute en regardant la trotteuse de sa montre. Noter le nombre de battements.	Pour être exacte, la mesure du pouls doit durer au moins une minute.
14.2.8 Retirer le stéthoscope.	
14.2.9 Replacer la chemise d'hôpital et les draps sur la personne, puis l'aider à reprendre une position confortable.	Afin d'assurer le bien-être de la personne.
14.2.10 Nettoyer les embouts auriculaires, le pavillon et la cloche du stéthoscope avec un tampon d'alcool 70 %.	Afin d'éviter la transmission d'agents pathogènes.
15 **Le cas échéant, comparer la fréquence du pouls radial à celle du pouls apical.** Consigner le type d'arythmie éventuellement constaté et les différences de fréquence de pouls dans les notes d'évolution.	Une différence pourrait indiquer un trouble cardiovasculaire.

N'OUBLIEZ PAS



Pour vérifier la présence d'un pouls déficitaire ou la symétrie des pouls bilatéraux, il faut prendre simultanément les pouls radial et apical en demandant l'aide d'une collègue au besoin.

Étapes postexécutoires	Justifications
16 **Discuter des valeurs obtenues ou de l'évaluation avec la personne.**	Afin de la sensibiliser à son état de santé et de l'inciter à collaborer au plan de traitement.
17 **Inscrire les valeurs obtenues ou le résultat de l'évaluation sur la feuille de suivi clinique ou sur la feuille d'enregistrement des signes vitaux** (*voir l'exemple, à la page 168*). Plusieurs établissements ont des logiciels pour la saisie électronique des résultats des signes vitaux au dossier de la personne.	Afin d'assurer le suivi de l'état de santé de la personne et la continuité des soins.
18 **Comparer le résultat obtenu avec les valeurs antérieures et les valeurs de référence** pour le groupe d'âge auquel appartient la personne.	Cela permet d'assurer un meilleur suivi de l'état de santé de la personne.
19 à 23 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- En cas de résultat anormal, la date et l'heure de la mesure, le résultat de la mesure de la fréquence, de l'amplitude et du rythme cardiaques ainsi que le site où elle a été prise.
- Tout traitement effectué à la suite d'un résultat anormal.
- L'arythmie et les différences entre le pouls radial et le pouls apical.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- **Il faut également transmettre tout résultat anormal au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Lucien Boivin **Dossier 214596**

2021-08-28	19:00	F.C. 92/min, pouls irrégulier à l'apex. A l'impression d'avoir des palpitations. ECG demandé.
2021-08-28	20:10	F.C. 74/min, pouls régulier à l'apex. Pouls radial droit 74/min régulier et bondissant. Dit se sentir bien. Absence de fibrillation auriculaire. Léa Sivret, inf.

Voir la feuille d'enregistrement des signes vitaux de monsieur Boivin, à la page 168.

Notes



Mesure de la fréquence respiratoire

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer l'intimité de la personne.
9. Régler la hauteur du lit.
10. **Évaluer certains facteurs pouvant influer sur les signes vitaux.**
11. **Rechercher la présence de signes cliniques indiquant une problématique sur le plan de la fonction respiratoire.**
12. **Vérifier les derniers résultats inscrits au dossier.**
13. **Interpréter les résultats des analyses de laboratoire : saturation pulsée en oxygène (SpO_2) ; gaz sanguins artériels (GSA) et formule sanguine complète (FSC).**
14. **Demander à la personne de se reposer.**
15. **Installer la personne en position assise ou de décubitus dorsal.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

16. **S'assurer de bien voir le thorax de la personne.**
17. **Placer le bras de la personne sur son abdomen ou sur la partie inférieure de son thorax et le stabiliser.**
18. **Prendre le temps de bien observer le cycle respiratoire.**
19. **Évaluer la F.R. durant au moins 30 secondes. Multiplier le résultat par 2. Noter le résultat obten**
20. **Évaluer l'amplitude de la respiration, le nombre de cycles respiratoires ainsi que le rythme des mouvements respiratoires.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

21. **Discuter des valeurs obtenues ou de l'évaluation avec la personne.**
22. **Inscrire les valeurs obtenues ou le résultat de l'évaluation sur la feuille de suivi clinique ou sur la feuille d'enregistrement des signes vitaux.**
23. **Comparer le résultat obtenu avec les valeurs antérieures et les valeurs de référence.**
24. Réinstaller la personne dans le lit.
25. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
26. Procéder à l'hygiène des mains.
27. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
28. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE (étapes 10 à 23)

SITUATION CLINIQUE

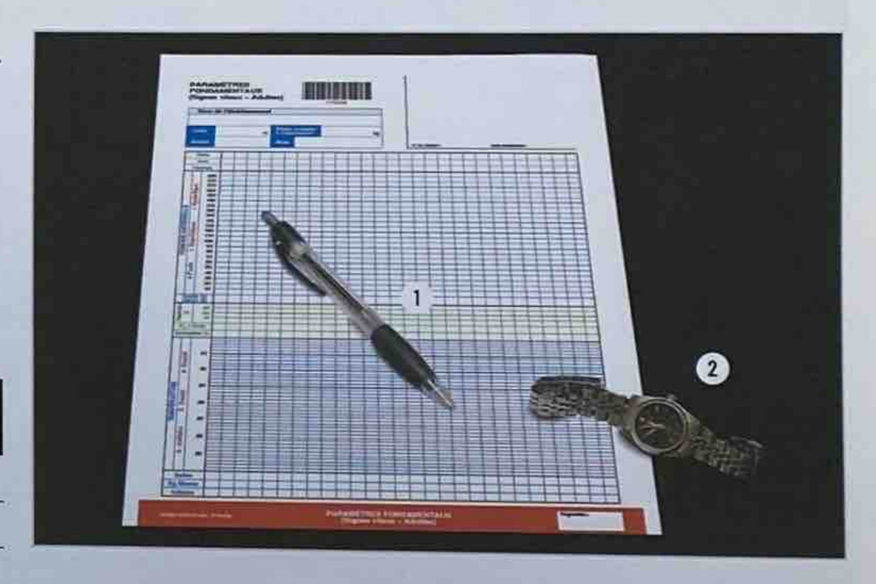
LUCIEN BOIVIN, 54 ans, a subi un triple pontage coronarien il y a 3 jours. Il récupère bien de son opération et devrait recevoir son congé du centre hospitalier dans deux jours.

Notions de base

La mesure de la fréquence respiratoire (F.R.) permet à l'infirmière d'évaluer les changements dans l'état de santé d'une personne et ses réactions à certains traitements ou médicaments. Il est recommandé de procéder à l'évaluation de la respiration lorsque la personne est calme et au repos. Une période de repos de 5 à 10 minutes suivant une activité est nécessaire avant la mesure de la F.R. L'infirmière doit évaluer le rythme, la fréquence, l'amplitude, les mouvements ainsi que la symétrie de la respiration. Autant que possible, la mesure de la F.R. doit se faire à l'insu de la personne. Cela évite que celle-ci, se sentant observée, modifie son rythme respiratoire.

Matériel

- Feuille ou graphique d'enregistrement des signes vitaux et stylo ❶
- Montre avec trotteuse ou affichage numérique ❷
- Référence pour les valeurs normales (*voir le tableau ci-dessous*)



Âge	Respirations par minute
0-1 an	24-38
1-3 ans	22-30
4-6 ans	20-24
7-9 ans	18-24
10-14 ans	16-22
15-18 ans	14-20
Adulte	10-20

Source : Burns, Dunn, Brady *et al.* (2017).



Étapes préexécutoires	Justifications
1 à **9** Effectuer les étapes **A** à **G**, **I** et **J** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
ÉVALUATION	
10 **Évaluer certains facteurs pouvant influer sur les signes vitaux,** tels que :	
• l'âge ;	Les valeurs de référence des signes vitaux varient selon l'âge de la personne.
• l'exercice physique ;	Durant un exercice physique, le volume systolique et les fréquences cardiaque et respiratoire augmentent afin de répondre aux besoins accrus de l'organisme.
• le changement de position ;	Les fréquences cardiaque et respiratoire augmentent temporairement lorsque la personne passe de la position couchée à la position debout, alors que la pression artérielle diminue légèrement.
• la prise de médicaments ;	Les médicaments antiarythmiques, sympathomimétiques et cardiotoniques ainsi que les stimulants du système nerveux (p. ex. la caféine) augmentent la F.C. Les analgésiques opioïdes peuvent entraîner une dépression du système respiratoire.
• la température ;	La fièvre ou l'exposition à un milieu ambiant chaud ou froid peuvent influer sur les fréquences cardiaque et respiratoire, ainsi que sur la température corporelle.
• le stress émotionnel, l'anxiété, la peur, etc.	La stimulation du système nerveux sympathique entraîne une augmentation des fréquences cardiaque et respiratoire.
ÉVALUATION 	
11 **Rechercher la présence de signes cliniques indiquant une problématique sur le plan de la fonction respiratoire,** tels : • une dyspnée, une tachypnée, une bradypnée ; • de l'orthopnée ; • une cyanose des extrémités, des lèvres ou des muqueuses ; • de la confusion ; • une utilisation des muscles accessoires.	Ces signes nécessitent une surveillance étroite afin de prévenir une détérioration de l'état de santé de la personne.

Étapes préexécutoires	Justifications
12 **Vérifier les derniers résultats inscrits au dossier** de la personne.	Ces résultats servent de référence à l'infirmière. Elle pourra les comparer avec les résultats obtenus et déterminer si l'état de santé de la personne s'est modifié.

ÉVALUATION

13 **Interpréter les résultats des analyses de laboratoire** relatives à la fonction respiratoire.

a) Saturation pulsée en oxygène (SpO_2)

Une SpO_2 normale varie de 95 à 100 %.

Il est à noter qu'un résultat variant de 92 à 95 % peut s'avérer normal chez certaines personnes atteintes d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).

N'OUBLIEZ PAS



Dans le cas des personnes atteintes d'une MPOC, une SpO_2 inférieure à la normale peut être considérée comme acceptable en raison du risque d'hypercapnie ou de narcose lié à l'alcalose respiratoire possible chez les personnes habituées à vivre avec un pourcentage de SpO_2 inférieur à 95 % et parfois à 90 %.

b) Gaz sanguins artériels (GSA)

GSA	Valeurs normales (Certaines valeurs de référence peuvent varier légèrement d'un établissement à un autre.)
pH	7,35-7,45
$PaCO_2$	35-45 mm Hg
PaO_2	80-100 mm Hg
SaO_2	95-100 % En cas de maladie pulmonaire obstructive chronique, une SaO_2 se situant entre 92 et 95 % est tolérée.

Note : Pour la clientèle pédiatrique, voir Thibeault, Blank et Blake (2017).

Sources : Cloutier, René et Jutras (2014) ; Pagana et Pagana (2000).

Justification : L'analyse des GSA permet de mesurer le pH, la pression partielle du dioxyde de carbone dans le sang artériel ($PaCO_2$), la pression partielle de l'oxygène dans le sang artériel (PaO_2) et la saturation du sang artériel en oxygène (SaO_2). Ces éléments reflètent le taux d'oxygénation de la personne.

Étapes préexécutoires	Justifications
c) Formule sanguine complète (FSC)	La concentration en hémoglobine (Hb), l'hématocrite (Ht) et le nombre de globules rouges (GR) constituent des renseignements sur la qualité du transport de l'oxygène dans le système sanguin de la personne.

FSC	Valeurs normales (Certaines valeurs de référence peuvent varier légèrement d'un établissement à un autre.)
Hb	140-180 g/L (homme) 120-160 g/L (femme)
Ht	42-52 % (homme) 37-47 % (femme)
GR	4,7 à 6,1 × 10^{12}/L (homme) 4,2 à 5,4 × 10^{12}/L (femme)

Note : Pour la clientèle pédiatrique, voir Thibeault, Blank et Blake (2017).

Sources : Cloutier, René et Jutras (2014) ; Pagana et Pagana (2000).

SITUATION CLINIQUE

La FSC de monsieur Boivin de ce matin dénote une Hb à 118 g/L. Quelle interprétation faites-vous de ce résultat ?

Étapes préexécutoires	Justifications
14 **Demander à la personne de se reposer** avant la prise de la F.R. et d'attendre au moins 5 à 10 minutes à la suite d'un exercice physique.	
15 **Installer la personne en position assise ou de décubitus dorsal,** tête surélevée de 45 à 60°.	Afin de favoriser les mouvements respiratoires.



Évaluation des personnes à risque

L'évaluation des personnes dyspnéiques atteintes d'insuffisance cardiaque congestive, d'ascite abdominale ou de MPOC, ou celle des femmes en fin de grossesse, ne doit se faire qu'une fois ces personnes installées dans une position confortable et après une attente de quelques minutes, puisque les déplacements provoquent chez elles une augmentation de la F.R.

Étapes exécutoires	Justifications
16 **S'assurer de bien voir le thorax de la personne.** Au besoin, abaisser les couvertures ou remonter la chemise d'hôpital de la personne.	Afin de bien voir les mouvements abdominaux et thoraciques.
17 **Placer le bras de la personne sur son abdomen ou sur la partie inférieure de son thorax et le stabiliser,** ou déposer sa main directement sur l'abdomen de la personne.	La main de la personne ou la vôtre monte et descend au rythme des mouvements du thorax ou de l'abdomen, favorisant l'évaluation de la F.R. à l'insu de la personne.

Étapes exécutoires	Justifications
18 **Prendre le temps de bien observer le cycle respiratoire,** pendant au moins une minute.	
19 **Évaluer la F.R. durant au moins 30 secondes** en regardant sa montre. **Multiplier le résultat par 2** pour obtenir la fréquence pour une minute. **Noter le résultat obtenu.** Si la F.R. est irrégulière ou si elle ne se situe pas dans les valeurs normales, mesurer la fréquence pendant 60 secondes.	Une évaluation sur 15 secondes pourrait donner un résultat faussé. Afin d'évaluer avec plus de précision une F.R. irrégulière.

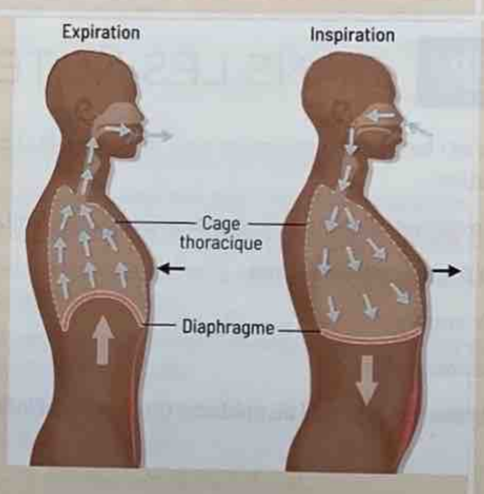
ALERTE CLINIQUE

Fréquence respiratoire trop faible ou trop élevée

Une F.R. inférieure à 12 ou supérieure à 20 par minute au repos nécessite une évaluation approfondie de l'état respiratoire de la personne et requiert une intervention rapide.



20 **Évaluer l'amplitude de la respiration, le nombre de cycles respiratoires ainsi que le rythme des mouvements respiratoires.**



ALERTE CLINIQUE

Périodes d'apnée

Les périodes occasionnelles d'apnée (arrêt de la respiration pendant plusieurs secondes) sont des signes cliniques d'une maladie sous-jacente. Cette situation doit être communiquée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.

SITUATION CLINIQUE

La F.R. de monsieur Boivin est à 22/min avec une faible amplitude. Quelle interprétation faites-vous de ce résultat ?

Étapes postexécutoires	Justifications
21 **Discuter des valeurs obtenues ou de l'évaluation avec la personne.**	Afin de la sensibiliser à son état de santé et de l'inciter à collaborer au plan de traitement.
22 **Inscrire les valeurs obtenues ou le résultat de l'évaluation sur la feuille de suivi clinique ou sur la feuille d'enregistrement des signes vitaux** (*voir l'exemple, à la page 168*). Plusieurs établissements ont des logiciels pour la saisie électronique des résultats des signes vitaux au dossier de la personne.	Afin d'assurer le suivi de l'état de santé de la personne et la continuité des soins.
23 **Comparer le résultat obtenu avec les valeurs antérieures et les valeurs de référence** pour le groupe d'âge auquel appartient la personne.	Cela permet d'assurer un meilleur suivi de l'état de santé de la personne.

24 à **28** Effectuer les étapes **A** à **E** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- En cas de résultat anormal, la date et l'heure de l'évaluation ainsi que le résultat obtenu : la fréquence, l'amplitude, le rythme et la qualité de la respiration.
- S'il y a lieu, le type et la quantité d'oxygénothérapie utilisée par la personne pendant l'évaluation.
- Tout traitement effectué à la suite d'un résultat anormal.
- Toute cyanose de la bouche ou des ongles.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- **Il faut également transmettre tout résultat anormal au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Lucien Boivin **Dossier 214596**

2021-08-28 09:00 F.R. 22/min avec une faible amplitude symétrique. Exercices de spirométrie revus avec la personne. Encouragée à faire ses exercices chaque heure, à s'asseoir plus souvent dans le fauteuil et à marcher davantage dans le corridor. Léa Sivret, inf.

Voir la feuille d'enregistrement des signes vitaux de monsieur Boivin, à la page 168.

Notes



Mesure de la saturation pulsée en oxygène

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer l'intimité de la personne.
9. Régler la hauteur du lit.
10. **Évaluer l'état physique de la personne.**
11. **Vérifier les derniers résultats inscrits au dossier.**
12. **Évaluer la nécessité de mesurer la SpO_2 de la personne.**
13. **Rechercher la présence de signes cliniques indiquant une saturation en oxygène au-dessous des valeurs normales.**
14. **Déterminer le site le plus approprié pour la prise de saturométrie. Choisir le capteur en fonction du site retenu.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

15. **Placer le capteur sur le site choisi.**
16. **Si le site choisi est le doigt ou l'orteil, s'assurer que le capteur est placé de façon que sa lumière soit sur l'ongle.**
17. **Mettre le saturomètre sous tension. Comparer le résultat du pouls radial et du pouls apical de la personne avec celui affiché sur le saturomètre.**
18. **Laisser le capteur du saturomètre en place jusqu'à ce qu'il affiche une valeur constante.**
19. **Si le saturomètre est en place pendant une période prolongée, vérifier les limites et le volume critique.**
20. **Retirer le capteur et mettre le saturomètre hors tension. Nettoyer le capteur et le ranger.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

21. **Discuter des valeurs obtenues ou de l'évaluation avec la personne.**
22. **Inscrire les valeurs obtenues ou le résultat de l'évaluation sur la feuille de suivi clinique ou sur la feuille d'enregistrement des signes vitaux.**
23. **Comparer le résultat obtenu avec les valeurs antérieures et les valeurs de référence.**
24. Réinstaller la personne dans le lit.
25. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
26. Procéder à l'hygiène des mains.
27. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
28. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

SITUATION CLINIQUE

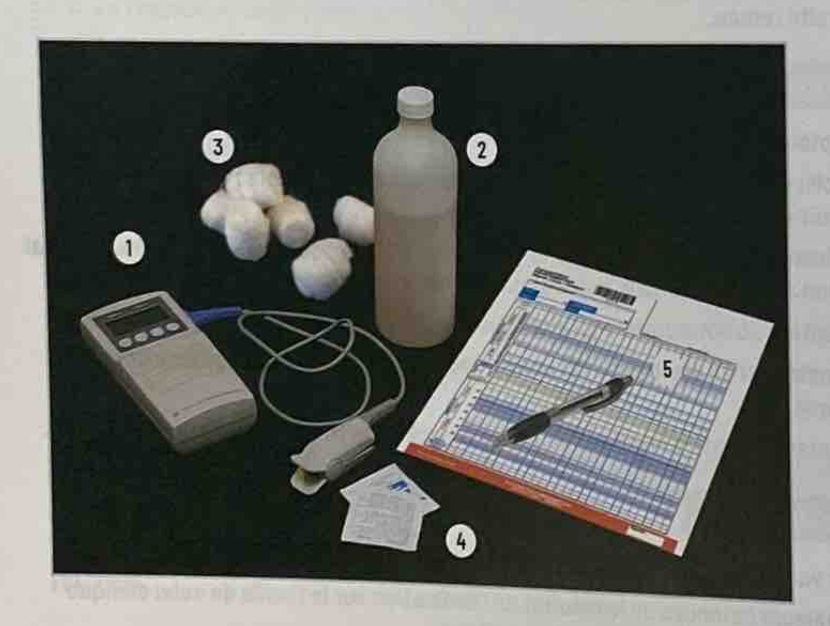
LUCIEN BOIVIN, 54 ans, a subi un triple pontage coronarien il y a 3 jours. Il récupère bien de son opération. Cependant, il a commencé à faire de la fibrillation auriculaire (arythmie cardiaque) en début de soirée. Pour le moment, les médicaments antiarythmiques administrés ont ralenti sa fréquence cardiaque (F.C.) dans les valeurs normales (92/min), mais le rythme est encore irrégulier.

Notions de base

La saturométrie (aussi appelée oxymétrie de pouls ou sphygmo-oxymétrie) mesure le pourcentage de la saturation pulsée en oxygène (SpO_2). De façon générale, ce pourcentage varie de 95 à 100 %. Cependant, le médecin peut juger acceptable une valeur inférieure à 95 % chez les personnes atteintes de certaines pathologies, telles que les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC). L'infirmière doit prendre en considération les antécédents de la personne et les facteurs pouvant modifier son degré de saturation en oxygène afin d'intervenir efficacement et d'éviter une détérioration de son état de santé.

Matériel

- Saturomètre (aussi appelé oxymètre de pouls ou sphygmo-oxymètre) ❶
- Acétone ou dissolvant pour vernis à ongles ❷ avec ouates, au besoin ❸
- Tampons d'alcool 70 % ❹
- Feuille ou graphique d'enregistrement des signes vitaux et stylo ❺

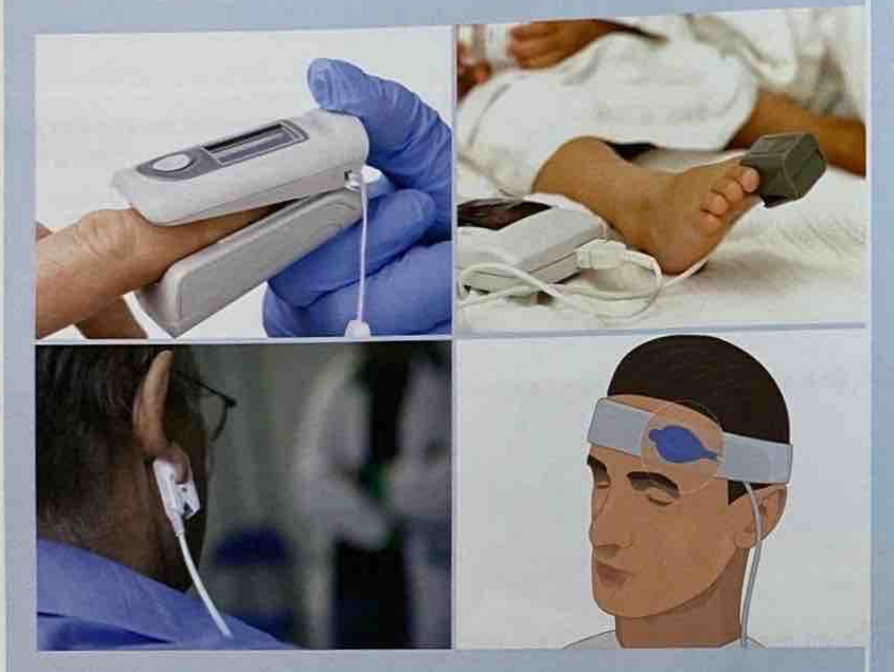


Étapes préexécutoires	Justifications
 1 à 9 Effectuer les étapes A à G, I et J présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
ÉVALUATION 	
10 **Évaluer l'état physique de la personne** en vue de dépister les manifestations cliniques d'un bas débit cardiaque ou d'une détérioration de son état général, tels : • une dyspnée, une tachypnée, une bradypnée ; • un état de fatigue inhabituel ; • de la confusion ; • une douleur rétrosternale ; • une lipothymie ; • de l'orthopnée ; • des palpitations ; • des extrémités froides et moites ; • une distension des jugulaires ; • un œdème périphérique ; • une cyanose.	
11 **Vérifier les derniers résultats inscrits au dossier** de la personne.	Ces résultats servent de référence à l'infirmière. Elle pourra les comparer avec les résultats obtenus et déterminer si l'état de santé de la personne s'est modifié.
ÉVALUATION 	
12 **Évaluer la nécessité de mesurer la SpO_2 de la personne** et les facteurs pouvant modifier le pourcentage de SpO_2.	Certains facteurs, tels qu'une pathologie respiratoire aiguë ou chronique, une anesthésie générale ou un traumatisme de la paroi thoracique, ont une incidence sur la SpO_2.

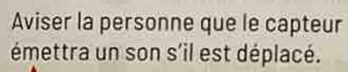
SITUATION CLINIQUE

Étant donné la situation de monsieur Boivin, quels sont les facteurs qui peuvent influer sur sa SpO_2 ?

ÉVALUATION 	
13 **Rechercher la présence de signes cliniques indiquant une saturation en oxygène au-dessous des valeurs normales** ou une détérioration de l'état respiratoire de la personne, tels : • une modification de la fréquence et de l'amplitude respiratoires ; • des bruits respiratoires anormaux ; • la présence de cyanose aux lits unguéaux, au pourtour des lèvres ou sur la peau ; • de la nervosité, de l'irritabilité, de l'agitation, de la léthargie, de la confusion ou un état de conscience altéré ; • une dyspnée, une tachypnée, une bradypnée ; • de l'orthopnée ; • de la tachycardie ; • des céphalées.	

Étapes préexécutoires	Justifications
N'OUBLIEZ PAS  Dans le cas des personnes atteintes d'une MPOC, une SpO_2 inférieure à la normale peut être considérée comme acceptable en raison du risque d'hypercapnie ou de narcose lié à l'alcalose respiratoire possible chez les personnes habituées à vivre avec un pourcentage de SpO_2 inférieur à 95 % et parfois à 90 %.	
14 **Déterminer le site le plus approprié pour la prise de saturométrie :** un doigt, un orteil, l'arête du nez, le front ou un lobe d'oreille.	Ces sites sont pourvus d'une bonne circulation sanguine.
Le bout du doigt donne le meilleur résultat, sauf en présence de troubles vasculaires des membres supérieurs (p. ex. la maladie de Raynaud, une diminution de la perfusion périphérique, une vasoconstriction périphérique).	
S'assurer que le site choisi est exempt d'humidité, de saleté ou de vernis à ongles.	Une surface opaque diminue la transmission de la lumière. Les ongles en acrylique et les pigments bleus du vernis à ongles empêchent la détection de la lumière émise par les capteurs et faussent les résultats.
Choisir le capteur en fonction du site retenu. 	
ALERTE CLINIQUE **Choix du site pour la prise de saturométrie** Il ne faut pas fixer le capteur à un doigt, à un orteil ou à l'arête du nez en présence d'hypothermie ou si la peau est œdématiée ou comporte des lésions. Le choix de l'oreille ou de l'arête du nez s'avère pertinent chez une personne ayant des antécédents de problèmes vasculaires périphériques. Les capteurs conçus pour l'oreille ou l'arête du nez ne conviennent pas à la peau fragile des nourrissons et des trottineurs.	

Étapes exécutoires	Justifications
15 **Placer le capteur sur le site choisi.** Vérifier si la personne ressent de la douleur ou si elle est incommodée par le capteur.	Car la pression exercée par le ressort du capteur peut occasionner de la douleur en présence de lésions cutanées ou si le capteur utilisé n'est pas approprié.
16 **Si le site choisi est le doigt ou l'orteil, s'assurer que le capteur est placé de façon que sa lumière soit sur l'ongle** et que le photodétecteur soit sous le doigt ou l'orteil (région de la pulpe).	
Soutenir l'avant-bras de la personne, au besoin, si un capteur fixé au doigt est utilisé.	Afin d'assurer la stabilité du capteur.
17 **Mettre le saturomètre sous tension.**	
Regarder l'afficheur indiquant la fréquence et l'intensité du pouls et prêter attention au signal sonore.	L'afficheur permet de détecter un pouls valide ou la présence d'un signal d'interférence.
Comparer le résultat du pouls radial et du pouls apical de la personne avec celui affiché sur le saturomètre.	Cette vérification confirme la précision de l'appareil.
Les fréquences des pouls radial et apical pris manuellement et le résultat indiqué par le saturomètre devraient être identiques. En présence d'une différence entre ces mesures, replacer le capteur sur le site. Réévaluer la F.C. au besoin.	
18 **Laisser le capteur du saturomètre en place jusqu'à ce qu'il affiche une valeur constante** et que la F.C. atteigne sa valeur maximale à chaque cycle cardiaque. Le résultat s'affichera au bout de 10 à 30 secondes, selon le site choisi. 	
Aviser la personne que le capteur émettra un son s'il est déplacé.	Afin d'inciter la personne à ne pas déplacer le capteur.



Valeur anormale critique

Une SpO_2 de moins de 85 % représente une valeur anormale critique. Elle est souvent accompagnée de modifications dans la fréquence, l'amplitude et le rythme respiratoires.

SITUATION CLINIQUE

La SpO_2 de monsieur Boivin est à 96 %. Quelle interprétation faites-vous de ce résultat ?

Étapes exécutoires	Justifications
19 **Si le saturomètre est en place pendant une période prolongée, vérifier les limites et le volume critique** programmés par le fabricant (85 % de limite inférieure et 100 % de limite supérieure) ainsi que les paramètres de surveillance exigés par l'état de la personne.	Les alarmes doivent être programmées aux limites et aux volumes appropriés selon le degré de surveillance qu'exige l'état de la personne.
S'assurer que les alarmes sont activées.	
Vérifier l'état de la peau sous le capteur au moins une fois toutes les quatre heures.	Une allergie ou une sensibilité à l'adhésif des capteurs jetables peut irriter la peau.

Étapes exécutoires	Justifications
20 **Retirer le capteur et mettre le saturomètre hors tension.** **Nettoyer le capteur** avec un tampon d'alcool 70 % **et le ranger.** 	Afin d'éviter d'affaiblir les piles. Afin d'éviter la transmission d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
21 **Discuter des valeurs obtenues ou de l'évaluation avec la personne.**	Afin de la sensibiliser à son état de santé et de l'inciter à collaborer au plan de traitement.
22 **Inscrire les valeurs obtenues ou le résultat de l'évaluation sur la feuille de suivi clinique ou sur la feuille d'enregistrement des signes vitaux** (*voir l'exemple, à la page 168*). Plusieurs établissements ont des logiciels pour la saisie électronique des résultats des signes vitaux au dossier de la personne.	Afin d'assurer le suivi de l'état de santé de la personne et la continuité des soins.
23 **Comparer le résultat obtenu avec les valeurs antérieures et les valeurs de référence** pour le groupe d'âge auquel appartient la personne.	Cela permet d'assurer un meilleur suivi de l'état de santé de la personne.

24 à **28** Effectuer les étapes **A** à **E** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- En cas de résultat anormal, la date et l'heure de la mesure ainsi que le résultat obtenu.
- S'il y a lieu, le type et la quantité d'oxygénothérapie utilisée par la personne pendant l'évaluation.
- La corrélation entre les résultats de la SpO_2 et les données obtenues à la suite de l'évaluation de la fréquence, de l'amplitude et du rythme respiratoires.
- Tout traitement effectué à la suite d'un résultat anormal.
- Toute cyanose des ongles, des lèvres, des muqueuses ou de la peau.
- **Il faut également transmettre tout résultat anormal au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Lucien Boivin **Dossier 214596**

2021-08-28 20:10 SpO_2 98 % avec LN à 0,5 L/min. Encouragé à faire ses exercices respiratoires pendant 5 min à chaque heure et à se mobiliser davantage. Léa Sivret, inf.

Voir la feuille d'enregistrement des signes vitaux de monsieur Boivin, à la page 168.



Mesure de la pression artérielle

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer l'intimité de la personne.
9. Régler la hauteur du lit.
10. **Évaluer l'état physique de la personne.**
11. **Évaluer certains facteurs pouvant influer sur les signes vitaux.**
12. **Vérifier les derniers résultats inscrits au dossier.**
13. **Rechercher la présence de signes cliniques indiquant une variation de la P.A.**
14. **Déterminer l'endroit le plus approprié pour la prise de la P.A.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

15. **Dénuder le membre choisi. S'assurer que la circulation sanguine n'est pas entravée.**
16. **Choisir un brassard adapté.**
17. **Demander à la personne de se reposer.**
18. **Selon le membre choisi, palper : l'artère brachiale ou l'artère poplitée.**
19. **Placer le brassard au-dessus du pli du coude. Centrer la flèche du brassard sur l'artère palpée.**
20. **S'assurer de voir le cadran du manomètre.**
21. **Déterminer la pression systolique de référence.**
    - 21.1 **Palper l'artère au-dessous du brassard avec l'extrémité des doigts et gonfler rapidement le brassard.**
    - 21.2 **Ouvrir la valve de la poire de gonflage et laisser l'air s'échapper lentement. Relever, sur le cadran, le chiffre correspondant au moment où le premier bruit net réapparaît.**
    - 21.3 **Dégonfler rapidement le brassard.**
22. **Procéder à la prise de la P.A.**
    - 22.1 **Prendre la P.A. au moyen d'un appareil manuel.**
    - 22.2 **Prendre la P.A. au moyen d'un appareil électronique.**
23. **Nettoyer le brassard et le sphygmomanomètre et les ranger.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

24. **Mettre en corrélation la P.A. avec les résultats de la prise de la fréquence cardiaque et de la saturométrie.**
25. **Discuter des valeurs obtenues ou de l'évaluation avec la personne.**
26. **Inscrire les valeurs obtenues ou le résultat de l'évaluation sur la feuille de suivi clinique ou sur la feuille d'enregistrement des signes vitaux.**
27. **Comparer le résultat obtenu avec les valeurs antérieures et les valeurs de référence.**
28. Réinstaller la personne dans le lit.
29. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
30. Procéder à l'hygiène des mains.
31. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
32. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

SITUATION CLINIQUE

LUCIEN BOIVIN, 54 ans, a subi un triple pontage coronarien il y a 3 jours. Il récupère bien de son opération. Cependant, il a commencé à faire de la fibrillation auriculaire (arythmie cardiaque) en début de soirée. Pour le moment, les médicaments antiarythmiques administrés ont ralenti sa fréquence cardiaque (F.C.) dans les valeurs normales (92/min), mais le rythme est encore irrégulier.

Notions de base

La mesure de la pression artérielle (P.A.) permet à l'infirmière d'évaluer les changements dans l'hémodynamie d'une personne à la suite de certains traitements ou de la prise de médicaments. La personne doit respecter une période de repos de 5 minutes avant la prise de la P.A. et éviter tout effort physique pendant les 30 minutes qui précèdent celle-ci. La P.A. devrait toujours se prendre à la même période de la journée.

Matériel

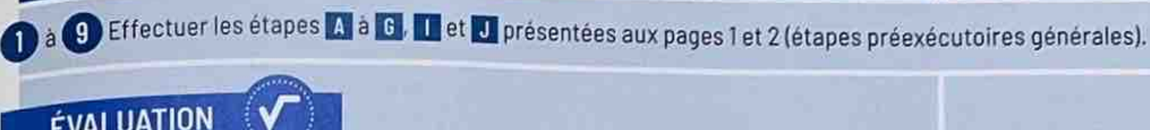
- Stéthoscope ❶
- Sphygmomanomètre anéroïde ❷
- Brassard à tensiomètre adapté à la taille du bras de la personne ❸
- Feuille ou graphique d'enregistrement des signes vitaux et stylo ❹
- Tampons d'alcool 70 % ❺
- Ruban à mesurer ❻
- Appareil à pression électronique ❼
- Outil de référence pour les valeurs normales (*voir le tableau ci-dessous*)



Âge	Pression artérielle optimale (mm Hg)
Nouveau-né[a]	40
1 mois	85/54
1 an	95/65
6 ans	105/65
10-13 ans[b]	110/65
14-17 ans[b]	119/75
18 ans et plus	< 120/< 80

[a] Le poids moyen d'un nouveau-né est de 3 kg.
[b] Chez les enfants et les adolescents, l'hypertension artérielle se définit comme une valeur qui, mesurée à plusieurs reprises, est égale ou supérieure au 95e centile en fonction de l'âge, de la taille et du sexe.

Source : Adapté de James, Oparil et Carter (2014).



Étapes préexécutoires	Justifications
1 à **9** Effectuer les étapes **A** à **G**, **I** et **J** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
ÉVALUATION **10** **Évaluer l'état physique de la personne** en vue de dépister les manifestations cliniques d'un bas débit cardiaque ou d'une détérioration de son état général, tels : • une dyspnée, une tachypnée, une bradypnée ; • un état de fatigue inhabituel ; • de la confusion ; • une douleur rétrosternale ; • une lipothymie ; • de l'orthopnée ; • des palpitations ; • des extrémités froides et moites ; • une distension des jugulaires ; • un œdème périphérique ; • une cyanose.	
ÉVALUATION  **11** **Évaluer certains facteurs pouvant influer sur les signes vitaux,** tels que :	
• l'âge ;	Les valeurs de référence des signes vitaux varient selon l'âge de la personne.
• l'exercice physique ;	Durant un exercice physique, le volume systolique et les fréquences cardiaque et respiratoire augmentent afin de répondre aux besoins accrus de l'organisme.
• le changement de position ;	Les fréquences cardiaque et respiratoire augmentent temporairement lorsque la personne passe de la position couchée à la position debout, alors que la P.A. diminue légèrement.
• la prise de médicaments ;	Les médicaments antiarythmiques, sympathomimétiques et cardiotoniques, de même que les stimulants du système nerveux (p. ex. la caféine) augmentent la F.C. Les analgésiques opioïdes peuvent entraîner une dépression du système respiratoire.
• la température ;	La fièvre ou l'exposition à un milieu ambiant chaud ou froid peuvent influer sur les fréquences cardiaque et respiratoire, ainsi que sur la température corporelle.
• le stress émotionnel, l'anxiété, la peur, etc.	La stimulation du système nerveux sympathique entraîne une augmentation des fréquences cardiaque et respiratoire.

Étapes préexécutoires	Justifications
12 **Vérifier les derniers résultats inscrits au dossier** de la personne.	Ces résultats servent de référence à l'infirmière. Elle pourra les comparer avec les résultats obtenus et déterminer si l'état de santé de la personne s'est modifié.

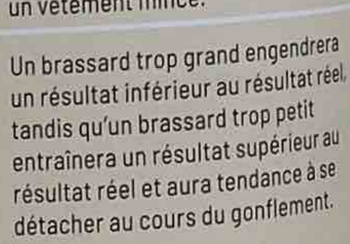
ÉVALUATION 

13 **Rechercher la présence de signes cliniques indiquant une variation de la P.A.,** tels : • céphalées occipitales, épistaxis, fatigue (chez la personne âgée) ;	Une P.A. élevée (hypertension) est souvent asymptomatique jusqu'à ce qu'elle soit très élevée.
• étourdissements, lipothymie, confusion, agitation, pâleur de la peau ou des muqueuses, peau froide ou marbrée aux extrémités.	Une baisse de P.A. (hypotension) se traduit par une hypoperfusion des tissus et peut provoquer ces signes.

SITUATION CLINIQUE

Étant donné la situation de monsieur Boivin, quels sont les facteurs qui peuvent influer sur sa P.A. ?

14 **Déterminer l'endroit le plus approprié pour la prise de la P.A.** Ne pas prendre la P.A. sur un bras où est installée une perfusion intraveineuse ou une fistule artérioveineuse, ou qui porte un plâtre ou un pansement. Éviter le bras du côté où il y a eu une ablation de un ou de plusieurs ganglions lymphatiques au niveau du sein ou de l'aisselle. La P.A. peut exceptionnellement être mesurée sur les membres inférieurs lorsque les artères brachiales sont inaccessibles.	La pression exercée par le brassard gonflé pourrait endommager le site d'insertion du cathéter ou de la fistule ou créer un lymphœdème au bras du côté où il y a eu une ablation.

Étapes exécutoires	Justifications
15 **Dénuder le membre choisi.** **S'assurer que la circulation sanguine n'est pas entravée** par un vêtement enroulé serré au-dessus du brassard (effet de garrot).	Le brassard doit être installé directement sur la peau. Il peut exceptionnellement être placé sur un vêtement mince.
16 **Choisir un brassard adapté** à la taille de la personne et à la grosseur du membre sur lequel sera prise la P.A. Pour ce faire : • mesurer la circonférence du bras à mi-chemin entre le coude et l'épaule ; • choisir la largeur du brassard appropriée (*voir le tableau, à la page suivante*).  Pour vérifier la taille du brassard choisi, l'enrouler autour du bras de la personne et s'assurer que les velcros du brassard adhèrent bien l'un à l'autre.	Un brassard trop grand engendrera un résultat inférieur au résultat réel, tandis qu'un brassard trop petit entraînera un résultat supérieur au résultat réel et aura tendance à se détacher au cours du gonflement.

Étapes exécutoires	Justifications

Circonférence du bras (cm)	Largeur du brassard (cm)
De 18 à 26	9 × 18 (enfant)
De 26 à 33	12 × 23 (modèle standard adulte)
De 33 à 41	15 × 33 (grand)
Plus de 41	18 × 36 (très grand, obèse)

7 **Demander à la personne de se reposer** durant 5 minutes avant la prise de la P.A. et d'attendre au moins 30 minutes à la suite d'un exercice physique.

Si elle est assise dans un fauteuil, lui demander de déposer les bras sur les accoudoirs ou sur la table de chevet, les paumes vers le haut, d'appuyer son dos au dossier, de décroiser les jambes et de poser les pieds au sol.

Lui demander de ne pas parler pendant la prise de la P.A.

Justification : Le fait de parler peut entraîner une augmentation du résultat de 10 à 40 %.

8 **Selon le membre choisi, palper :**
- **l'artère brachiale ;**
- **l'artère poplitée.**



Justification : Afin de repérer l'endroit où placer le capteur du brassard (indiqué par une flèche sur le brassard).

Il arrive souvent que le pouls poplité soit impossible à palper.

Si le pouls poplité est difficile à localiser, tourner la personne sur le ventre et lever la partie inférieure de la jambe.





SITUATION CLINIQUE

La palpation vous permet de sentir les battements de l'artère brachiale de monsieur Boivin. Or, si vous tentiez d'ausculter le pouls brachial, pourriez-vous entendre son pouls ? Justifiez votre réponse.

9 **Placer le brassard** vide d'air à 3 cm **au-dessus du pli du coude.**

Centrer la flèche du brassard sur l'artère palpée préalablement.



Justification : Un brassard mal ajusté génère des résultats inexacts.

Le positionnement de la flèche du brassard parallèlement à l'artère assure une mesure précise.

Étapes exécutoires	Justifications
20 **S'assurer de voir le cadran du manomètre** tout au long de la mesure. 	
21 **Déterminer la pression systolique de référence** en suivant les étapes ci-après.	La première pression prise chez une personne sert de valeur de référence.
21.1 **Palper l'artère au-dessous du brassard avec l'extrémité des doigts et gonfler rapidement le brassard** en comprimant la poire de gonflage jusqu'à une pression de 30 mm Hg depuis la disparition du pouls.	La palpation permet de déterminer le point de gonflement maximal.
N'OUBLIEZ PAS  Dans le cas d'un pouls difficile à percevoir, l'utilisation d'un stéthoscope à ultrasons est recommandée.	
21.2 **Ouvrir la valve de la poire de gonflage et laisser l'air s'échapper lentement** en surveillant le cadran. **Relever, sur le cadran, le chiffre correspondant au moment où le premier bruit net** (phase I de Korotkoff) **réapparaît** (*voir la section 11.5.5 – Mesure de la pression artérielle, dans le chapitre 11 du manuel, pour une explication des bruits de Korotkoff*). Ce chiffre correspond à la pression systolique de référence. 	
21.3 **Dégonfler rapidement le brassard** et attendre 60 secondes.	Cela évite la congestion veineuse et l'obtention de résultats faussement élevés.

SITUATION CLINIQUE

Étant donné la situation clinique de monsieur Boivin, est-il nécessaire de déterminer sa pression systolique de référence? Justifiez votre réponse.

Étapes exécutoires	Justifications
22 **Procéder à la prise de la P.A.** selon l'une des méthodes suivantes. **22.1** Prendre la P.A. au moyen d'un appareil manuel. **22.2** Prendre la P.A. au moyen d'un appareil électronique.	

Étapes exécutoires	Justifications
22.1 Prendre la P.A. au moyen d'un appareil manuel.	
22.1.1 Nettoyer les embouts auriculaires, le pavillon et la cloche du stéthoscope avec un tampon d'alcool 70 %.	Afin d'éviter la transmission d'agents pathogènes.
22.1.2 Ajuster les embouts du stéthoscope dans vos oreilles, l'orifice de l'embout dirigé vers l'avant, et vérifier la clarté des sons perçus.	Afin de respecter l'angle du conduit auditif et d'obtenir une meilleure audition.
22.1.3 Repérer l'artère brachiale ou poplitée et y placer le pavillon ou la cloche du stéthoscope.	Afin d'obtenir une réception sonore optimale. La cloche peut être utilisée, car elle est conçue pour capter les bruits de basse tonalité comme ceux de la P.A.
22.1.4 Tourner la valve de la poire de gonflage dans le sens des aiguilles d'une montre jusqu'au point d'arrêt. Gonfler rapidement le brassard jusqu'à 30 mm Hg au-dessus de la pression systolique de référence.	Une fermeture adéquate de la valve prévient les fuites d'air au moment du gonflement.
22.1.5 Relâcher lentement la valve pour laisser l'aiguille de la jauge du manomètre anéroïde descendre au rythme de 2 mm Hg/sec.	Une descente trop rapide ou trop lente de la pression anéroïde peut générer un résultat erroné.
22.1.6 Relever, sur le cadran, le chiffre correspondant au moment où le premier bruit net (phase I de Korotkoff) est entendu. Retenir ce chiffre, car il indique la valeur de la pression systolique. L'intensité du bruit augmentera progressivement.	Le premier bruit correspond à la phase I de Korotkoff.

Étapes exécutoires	Justifications
22.1.7 Relever, sur le cadran, le chiffre correspondant au moment où le bruit disparaît. Retenir ce chiffre, car il indique la valeur de la pression diastolique. Continuer d'ausculter l'artère en laissant la pression descendre d'au moins 10 mm Hg après le dernier bruit. Si le bruit persiste jusqu'à la fin, utiliser le point où le bruit s'est assourdi comme indicateur de la pression diastolique. Dégonfler rapidement le brassard.	La disparition du bruit correspond à la phase V de Korotkoff. Cela permet d'exclure la présence d'un trou auscultatoire diastolique. Afin d'éviter l'apparition d'un engourdissement ou d'un picotement dans le membre.
22.1.8 Retirer le brassard et le mettre sur le membre opposé. Répéter les étapes 22.1.3 à 22.1.7 avec le membre opposé. Comparer les résultats de la P.A. des deux membres : une différence de 5 à 10 mm Hg entre les deux membres est considérée comme normale. Passer à l'étape 23.	Cela permet de déceler des problèmes circulatoires.
22.2 Prendre la P.A. au moyen d'un appareil électronique.	
22.2.1 Mettre l'appareil sous tension.	
22.2.2 Programmer l'appareil pour la prise de trois pressions consécutives à un intervalle de deux minutes. Ne pas tenir compte de la première lecture et faire la moyenne des deux autres. 	Ce délai évite la congestion veineuse.
22.2.3 Retirer le brassard et répéter l'étape 22.2.2 avec le membre opposé.	

N'OUBLIEZ PAS 

Le membre (gauche ou droit) qui présente la P.A. la plus élevée devrait être retenu pour l'évaluation en cours ainsi que pour les évaluations subséquentes. Il faut alors en aviser la personne.

Étapes exécutoires	Justifications
23 **Nettoyer le brassard et le sphygmomanomètre** selon la procédure de l'établissement ou les recommandations du fabricant **et les ranger.**	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
ÉVALUATION	
24 **Mettre en corrélation la P.A. avec les résultats de la prise de la fréquence cardiaque et de la saturométrie** en tenant compte des problèmes de santé de la personne et de ses antécédents.	La P.A. et la F.C. sont interdépendantes et font partie des paramètres hémodynamiques utilisés dans l'évaluation de la fonction cardiaque.
25 **Discuter des valeurs obtenues ou de l'évaluation avec la personne.**	Afin de la sensibiliser à son état de santé et de l'inciter à collaborer au plan de traitement.
26 **Inscrire les valeurs obtenues ou le résultat de l'évaluation sur la feuille de suivi clinique ou sur la feuille d'enregistrement des signes vitaux** (*voir l'exemple, à la page 168*). Plusieurs établissements ont des logiciels pour la saisie électronique des résultats des signes vitaux au dossier de la personne.	Afin d'assurer le suivi de l'état de santé de la personne et la continuité des soins.
27 **Comparer le résultat obtenu avec les valeurs antérieures et les valeurs de référence** pour le groupe d'âge auquel appartient la personne.	Cela permet d'assurer un meilleur suivi de l'état de santé de la personne.
28 à 32 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- En cas de résultat anormal, la date et l'heure de la mesure, le résultat obtenu et l'endroit où la P.A. a été prise.
- Tout traitement effectué à la suite d'un résultat anormal.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- **Il faut également transmettre tout résultat anormal au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Lucien Boivin **Dossier 214596**

2021-08-28 19:00 P.A. 108/56, valeurs plus basses que valeurs habituelles (P.A. varie de 134/82 à 122/72). Asymptomatique. Avisé de se lever lentement pour prévenir hypotension orthostatique. Léa Sivret, inf.

Voir la feuille d'enregistrement des signes vitaux de monsieur Boivin à la page suivante.



PARAMÈTRES FONDAMENTAUX
(Signes vitaux – Adultes)



Boivin, Lucien
2683, rue de l'Écu
Trois-Rivières (Québec) G8Z 8F4

N° de dossier : 214596   Date d'admission : 2021-08-25

Nom de l'établissement			
Centre hospitalier virtuel du Québec			
Taille	m	**Poids (masse) à l'admission**	kg
Année	2021	**Mois**	Août

Date												
Jour												
Heures	10:00	13:00	17:00	18:00	21:00	6:00	9:00	13:00	17:00	19:00	20:00	21:30
TENSION ARTÉRIELLE (< Systolique, > Diastolique, ● Pouls) 230–10	72	80	88		82	76	84	82	irr 142	irr 92	74 irr	72 rég
Couché (C) Debout (D)												
Respiration X (30, 20, 10)												
O_2 x l/min	LN_{2L}	LN_{2L}	LN_{3L}		AA	AA	AA	AA	LN_{2L}	LN_{2L}	LN_{3L}	AA
Saturation %	98	98	98		97	96	96	96	97	98	98	97
TEMPÉRATURE (● Buccal, X Rectal, A Axillaire) 41–35												
Selles												
Kg Masse												
Initiales												

AH-261 DT9103 (rév. 2016-03)   **PARAMÈTRES FONDAMENTAUX (Signes vitaux – Adultes)**   Pagination :

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (2021). *Paramètres fondamentaux (Signes vitaux – Adultes)* (Formulaire AH-261). http://msssa4.msss.gouv.qc.ca. Date de reproduction : le 29 avril 2021. La version la plus récente de ce formulaire est disponible sur le site du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, celle-ci peut différer de la présente version.

SECTION

4 Paramètres d'évaluation

RÉDACTION : **Vitalie Perreault**, inf., M. Sc.
RÉVISION SCIENTIFIQUE : **Simone Chaboillez**, T.M.

Guide d'étude

J'optimise mes apprentissages en effectuant les activités proposées au chapitre 14, p. 55 à 59, au chapitre 15, p. 60 à 64, et au chapitre 28, p. 117 à 123.



Manuel

Chapitre 14 – Alimentation, p. 398
Chapitre 15 – Équilibre hydroélectrolytique et acidobasique, p. 446
Chapitre 28 – Prévention et contrôle des infections, p. 914



Ressources en ligne

- Vidéo MS 4.3
- Grilles d'observation
- Solutionnaire – Questions liées aux situations cliniques



Prélèvement de liquides ou de matières biologiques

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. **Vérifier si une ordonnance individuelle ou collective, un protocole ou une directive de la santé publique recommande des prélèvements.**
4. **Vérifier les derniers résultats inscrits au dossier de la personne.**
5. **Évaluer la possibilité que la personne soit porteuse d'une bactérie multirésistante.**
6. **Remplir les requêtes d'analyse et vérifier que l'identification des étiquettes et du formulaire concorde avec l'identification de la personne.**
7. Rassembler tout le matériel nécessaire.
8. Procéder à l'hygiène des mains.
9. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
10. Expliquer la procédure de soins à la personne.
11. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
12. Assurer le maintien d'un environnement propre.
13. Assurer l'intimité de la personne.
14. Régler la hauteur du lit.
15. **Évaluer l'état physique de la personne afin de dépister les manifestations cliniques anormales selon le type de prélèvement ou de mesure effectué.**
16. **Mettre des gants non stériles.**
17. **Installer la personne de façon à avoir accès au site de prélèvement.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

18. **Ouvrir l'emballage de l'écouvillon.**
19. **Procéder au prélèvement*.**
    - 19.1 **Effectuer un prélèvement nasal pour rechercher la présence du *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM).**
    - 19.2 **Effectuer un prélèvement pharyngé.**
    - 19.3 **Effectuer un prélèvement de selles pour rechercher la présence de l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV), des bacilles à Gram négatif multirésistants (BGNMR) ou des entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC).**
    - 19.4 **Effectuer un prélèvement de selles pour culture.**
20. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**
21. **Apposer sur le tube de transport stérile ou le contenant stérile une étiquette portant le nom de la personne et son numéro de dossier.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

22. **Placer le prélèvement dans un sac de transport biorisque et la requête dans la pochette extérieure.**
23. Réinstaller la personne dans le lit.
24. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
25. Procéder à l'hygiène des mains.
26. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
27. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.
28. **Acheminer rapidement le sac de prélèvement au laboratoire.**
29. **Discuter des valeurs obtenues avec la personne.**

* Pour le prélèvement d'un échantillon d'urine, voir la méthode 8.2, dans la section 8, aux pages 420 à 429 ; pour la culture de plaie par écouvillonnage, voir la méthode 10.7, dans la section 10, aux pages 623 à 627.

SITUATION CLINIQUE

MONIQUE DUPUIS, 68 ans, souffre d'arthrose. Elle est admise dans votre unité en prévision de la pose d'une prothèse totale de la hanche droite. Vous allez la voir afin de procéder à la collecte de données ainsi qu'aux prélèvements pour rechercher la présence de bactéries multirésistantes aux antibiotiques, telles que le SARM, l'ERV, les BGNMR et les EPC.

Notions de base

Les prélèvements de liquides ou de matières biologiques sont indiqués chez toute personne présumée être porteuse de bactéries ou de virus (ou infectée ou colonisée par ceux-ci) pouvant causer une infection susceptible d'être transmise à d'autres personnes. Ces prélèvements servent aussi à faire un antibiogramme, lequel permettra de déterminer la médication la plus appropriée à la situation de santé de la personne.

Les prélèvements les plus courants concernent le *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline (SARM), l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV), les bacilles à Gram négatif multirésistants (BGNMR) et les entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC). Conformément aux directives du Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ), à l'admission de toute personne dans un centre hospitalier, il faut effectuer ces prélèvements, à l'exception des BGNMR, que la personne soit présumée porteuse ou non, et les répéter chaque semaine pendant toute la durée de l'hospitalisation. Les prélèvements systématiques de BGNMR varient d'un établissement à l'autre, selon les éclosions locales.

Matériel

- Requête d'analyse de laboratoire 1
- Étiquette d'identification 2
- Trousse de culture stérile (aussi appelée culturette) 3
- Abaisse-langue stérile et non stérile 4
- Mouchoirs de papier 5
- Contenant stérile (tous types de prélèvements) 6
- Contenant stérile pour selles 7
- Gants non stériles 8
- Sac de transport biorisque 9
- Bassin hygiénique ou dispositif de prélèvement, au besoin
- Pour le prélèvement pharyngé, le port de l'équipement de protection individuelle (ÉPI) complet (blouse de protection, masque de procédure, protection oculaire et gants non stériles) est nécessaire (*voir la méthode 1.4 – Port de l'équipement de protection individuelle et interventions auprès d'une personne en isolement, aux pages 23 à 35*).



Étapes préexécutoires	Justifications
1 et **2** Effectuer les étapes **A** et **B** présentées à la page 1 (étapes préexécutoires générales).	
3 **Vérifier si une ordonnance individuelle ou collective, un protocole ou une directive de la santé publique recommande des prélèvements.**	Car les directives de la santé publique peuvent changer rapidement advenant une éclosion ou une autre situation, et les mesures peuvent différer selon le milieu de soins et les facteurs de risque d'infection des personnes.
4 **Vérifier les derniers résultats inscrits au dossier de la personne.**	Afin de déterminer si la personne est porteuse d'une bactérie multirésistante.
ÉVALUATION  **5** **Évaluer la possibilité que la personne soit porteuse d'une bactérie multirésistante** comme le SARM ou l'ERV, par colonisation ou infection. a) Si la personne est connue comme porteuse d'une bactérie multirésistante : • procéder à son isolement afin d'éviter toute transmission à d'autres personnes ; • en aviser l'infirmière spécialisée en prévention et en contrôle des infections (PCI), qui assurera un suivi étroit de la situation. b) Si la personne provient d'un autre établissement de santé : • la considérer comme porteuse d'une bactérie multirésistante ; • la placer en isolement préventif jusqu'à l'obtention des résultats de dépistage. c) Si la personne arrive de son domicile et n'est pas connue comme porteuse saine : • ne pas la placer en isolement jusqu'à l'obtention des résultats de dépistage.	Afin de diminuer les risques de transmission bactérienne et d'appliquer rapidement des mesures de précaution, si nécessaire.
6 **Remplir les requêtes d'analyse et vérifier que l'identification des étiquettes et du formulaire concorde avec l'identification de la personne** : nom, prénom et numéro de dossier.	Afin d'éviter les erreurs d'identification de la personne.
7 à **14** Effectuer les étapes **C** à **J** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
ÉVALUATION  **15** **Évaluer l'état physique de la personne afin de dépister les manifestations cliniques anormales selon le type de prélèvement ou de mesure effectué** telles que douleur à la gorge, présence de sang dans les selles, fatigue, fièvre, etc.	Afin de préciser, dans les notes d'évolution, les manifestations cliniques en lien avec le prélèvement effectué.
16 **Mettre des gants non stériles.**	Afin de réduire le risque d'exposition à des matières infectieuses.
17 **Installer la personne de façon à avoir accès au site de prélèvement.** a) Prélèvements nasal, buccal ou pharyngé : position Fowler, semi-Fowler ou de décubitus dorsal. b) Prélèvement anal : position de Sims ou latérale avec genoux légèrement repliés vers le haut.	Afin d'assurer le confort de la personne et de permettre à l'infirmière d'avoir facilement accès au site de prélèvement.

Étapes exécutoires	Justifications
18 **Ouvrir l'emballage de l'écouvillon.** Retirer l'écouvillon en le manipulant par sa partie supérieure et en évitant de toucher à la tige ou à l'embout en coton.	Afin d'éviter de contaminer l'écouvillon et, ainsi, de fausser les résultats du dépistage (analyse de laboratoire).

SITUATION CLINIQUE

Lorsque vous retirez l'écouvillon de l'emballage, l'embout frôle votre gant. Pouvez-vous poursuivre la procédure de prélèvement? Justifiez votre réponse.

Étapes exécutoires	Justifications
19 **Procéder au prélèvement** à faire selon le cas. **19.1** Effectuer un prélèvement nasal pour rechercher la présence du SARM. **19.2** Effectuer un prélèvement pharyngé. **19.3** Effectuer un prélèvement de selles pour rechercher la présence de l'ERV, des BGNMR ou des EPC. **19.4** Effectuer un prélèvement de selles pour culture.	
19.1 **Effectuer un prélèvement nasal pour rechercher la présence du SARM.**	Car le SARM se loge dans les cornets du nez.
19.1.1 Demander à la personne de se moucher avant de procéder au prélèvement.	Afin d'expulser les sécrétions présentes et de laisser la paroi des cornets intacte et humide pour obtenir un frottis optimal.
Aviser la personne que l'introduction de l'écouvillon peut être désagréable ou provoquer des larmoiements et l'envie d'éternuer.	Pour la prévenir des sensations indésirables qu'elle pourrait ressentir.

ALERTE CLINIQUE

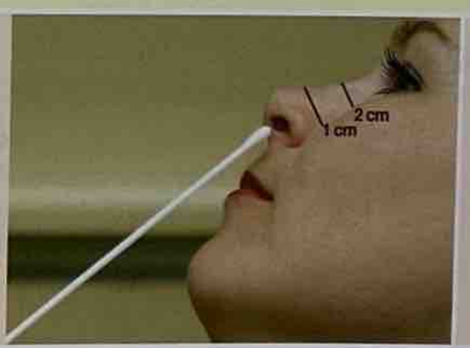
Prélèvement en milieu humide

L'écouvillon doit absolument frotter sur un milieu humide pour que le SARM s'y accroche. Dans le cas contraire, il faut humidifier l'écouvillon avec une solution de NaCl 0,9 % stérile avant d'effectuer le prélèvement nasal.

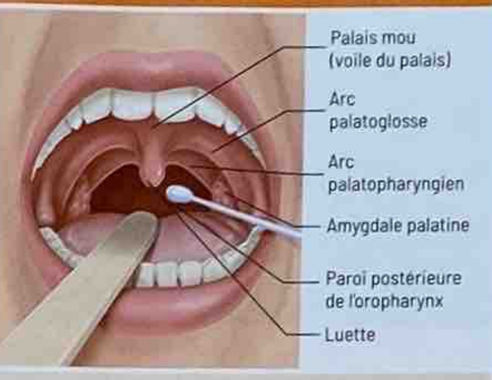
SITUATION CLINIQUE

Lorsque vous demandez à madame Dupuis de se moucher, aucune sécrétion n'est expulsée. Elle vous dit qu'elle a le nez sec. Or, vous avez besoin d'un milieu humide afin de procéder à un frottis optimal de la paroi des cornets. Que faites-vous?

19.1.2 Insérer l'écouvillon à une profondeur de 1 à 2 cm dans l'une des narines de la personne.



Étapes exécutoires	Justifications
19.1.3 Procéder au frottis des cornets en appuyant l'écouvillon sur la paroi nasale et en effectuant cinq rotations.	Afin d'optimiser le contact entre l'embout et la flore bactérienne et d'assurer un prélèvement adéquat.
19.1.4 Répéter les étapes 19.1.2 et 19.1.3 dans l'autre narine en utilisant le même écouvillon.	Car le but de l'analyse est de déterminer si la personne est porteuse des bactéries recherchées et non de savoir dans quelle narine se logent ces bactéries.
19.1.5 Retirer le bouchon protecteur du tube de transport stérile et y insérer doucement l'écouvillon en évitant tout contact de la tige ou de l'embout avec les doigts ou la paroi extérieure du tube. Le cas échéant, refaire le prélèvement. Fermer hermétiquement le tube de transport stérile avec le bouchon.	Car tout contact de l'écouvillon avec les doigts ou la paroi extérieure du tube de transport contamine l'échantillon et fausse les résultats.
19.1.6 Offrir un papier mouchoir à la personne, au besoin. Passer à l'étape 20.	Car le frottement stimule l'écoulement nasal chez la personne.
19.2 Effectuer un prélèvement pharyngé.	
19.2.1 Avant de procéder au prélèvement, aviser la personne que le frottement peut causer un court et léger haut-le-cœur.	Afin de favoriser sa collaboration.
19.2.2 Demander à la personne de regarder le plafond, d'ouvrir la bouche et de tirer la langue en disant « ah ».  Exercer une légère pression sur le tiers antérieur de la langue avec un abaisse-langue.	Pour bien voir la muqueuse de l'arrière-gorge. Pour prévenir le réflexe laryngé (déglutition) ou le réflexe pharyngé (nauséeux) au moment de frotter l'écouvillon dans la gorge.
19.2.3 Insérer l'écouvillon dans l'oropharynx jusqu'aux piliers amygdaliens, sans toucher la langue ni les parois intérieures de la bouche.	Afin de prélever les bactéries présentes sur la muqueuse située au fond de la gorge.

Étapes exécutoires	Justifications
19.2.4 Frotter l'écouvillon de haut en bas sur chaque amygdale, ainsi que sur le pharynx. Frotter chaque zone d'inflammation en évitant le contact avec la langue, la luette ou l'intérieur des joues. 	Afin d'éviter de contaminer l'échantillon.
19.2.5 Retirer rapidement l'écouvillon sans toucher les parois intérieures de la bouche ni la langue.	Pour ne pas contaminer l'écouvillon avec d'autres agents pathogènes présents sur la langue ou l'intérieur des joues qui pourraient diluer l'agent pathogène recherché, stimuler une prolifération excessive de cet agent pathogène ou inhiber sa croissance.
Jeter l'abaisse-langue à la poubelle.	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.
19.2.6 Retirer le bouchon protecteur du tube de transport stérile et y insérer doucement l'écouvillon en évitant tout contact de la tige ou de l'embout avec les doigts ou la paroi extérieure du tube. Le cas échéant, refaire le prélèvement. Fermer hermétiquement le tube de transport stérile avec le bouchon. Passer à l'étape 20.	Car tout contact de l'écouvillon avec les doigts ou la paroi extérieure du tube de transport contamine l'échantillon et fausse les résultats.
19.3 Effectuer un prélèvement de selles pour rechercher la présence de l'ERV, des BGNMR ou des EPC.	
19.3.1 Avec la main non dominante, écarter les fesses de la personne.	Afin de mieux voir l'anus et de faciliter le prélèvement.
19.3.2 Insérer l'écouvillon dans l'anus à une profondeur de 2,5 à 3,5 cm, de façon à dépasser le sphincter anal.	Afin d'atteindre les selles.
19.3.3 Effectuer deux ou trois rotations pour que l'écouvillon soit imbibé de matière fécale. Retirer l'écouvillon.	Afin de faire adhérer de la matière fécale sur l'écouvillon et d'obtenir un échantillon adéquat pour le dépistage de la bactérie multirésistante.

ALERTE CLINIQUE

Condition pour un prélèvement réussi

Une fois retiré, l'écouvillon doit absolument être teinté de matière fécale pour que la recherche de la bactérie multirésistante identifiée soit possible. Dans le cas contraire, il faut reprendre le prélèvement avec un nouvel écouvillon.

SITUATION CLINIQUE

Lorsque vous retirez l'écouvillon, vous remarquez que l'embout est toujours blanc et intact. Que faites-vous ?

Étapes exécutoires	Justifications
19.3.4 Retirer le bouchon protecteur du tube de transport stérile et y insérer doucement l'écouvillon en évitant tout contact de la tige ou de l'embout avec les doigts ou la paroi extérieure du tube. Le cas échéant, refaire le prélèvement.  Fermer hermétiquement le tube de transport stérile avec le bouchon. Passer à l'étape 20.	Car tout contact de l'écouvillon avec les doigts ou la paroi extérieure du tube de transport contamine l'échantillon et fausse les résultats.
19.4 Effectuer un prélèvement de selles pour culture.	
19.4.1 Demander à la personne de vous aviser lorsqu'elle sentira le besoin de déféquer.	Afin de faciliter la coordination avec le prélèvement.
19.4.2 Demander à la personne d'uriner dans la toilette, le bassin hygiénique ou l'urinoir avant la procédure.	Pour éviter la contamination des selles par l'urine.
19.4.3 Installer la personne sur le bassin hygiénique propre et sec, ou placer un dispositif de prélèvement sur le siège de toilette. Assurer l'intimité de la personne et lui demander de vous aviser lorsqu'elle aura fini de déféquer.	Afin de favoriser un prélèvement optimal et d'éviter de contaminer l'échantillon avec des résidus préexistants dans le dispositif de prélèvement utilisé.
19.4.4 Prélever la quantité de selles requise pour l'examen demandé à l'aide d'un abaisse-langue stérile. Fermer le contenant hermétiquement.	La recherche de *Clostridium difficile* demande peu de selles, alors que d'autres types de culture de selles peuvent en exiger une quantité précise. Toujours valider avec les services de laboratoire du milieu de soins afin d'assurer un prélèvement optimal.
Jeter l'abaisse-langue dans le sac à déchets biomédicaux.	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.
20 Retirer les gants et les jeter à la poubelle.	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.

ALERTE CLINIQUE

Utilisation inadéquate des gants

Mal utilisés, les gants peuvent être un vecteur de transmission des infections. Il est donc important de :

1. les retirer à la suite de toute méthode de soins comportant un contact avec des liquides biologiques ;
2. les changer entre chaque personne ;
3. procéder à l'hygiène des mains avant de les mettre et après les avoir retirés.

Étapes exécutoires	Justifications
21 **Apposer sur le tube de transport stérile ou le contenant stérile une étiquette portant le nom de la personne et son numéro de dossier** (après vérification de son bracelet).	Pour éviter les erreurs d'identification.

N'OUBLIEZ PAS 

Il est fréquent que tous les prélèvements de routine pour les bactéries multirésistantes soient faits en même temps. Ainsi, tous les écouvillons et toutes les requêtes se retrouveront ensemble au laboratoire. Il est essentiel de préciser sur chaque tube de transport le nom de la bactérie à dépister afin que le personnel du laboratoire puisse y associer la requête appropriée et faire l'analyse en lien avec le bon prélèvement.

Étapes postexécutoires	Justifications
22 **Placer le prélèvement dans un sac de transport biorisque et la requête dans la pochette extérieure.**	Pour assurer le transport des matières biologiques de manière sécuritaire et éviter la contamination de la requête.
23 à 27 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
28 **Acheminer rapidement le sac de prélèvement au laboratoire** de microbiologie aux fins d'analyse.	Afin d'assurer la stabilité des éléments à analyser, car un retard peut entraîner une altération des prélèvements, une modification des résultats d'analyses et des délais de traitement.
29 **Discuter des valeurs obtenues avec la personne.**	Afin de la sensibiliser à son état de santé et de l'inciter à collaborer au plan de traitement.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date, l'heure et le type de prélèvement fait.
- La réaction de la personne et sa collaboration.

NOTES D'ÉVOLUTION

Monique Dupuis **Dossier 123456**

2021-04-05 10:20 Dépistage SARM et ERV faits. Procédure bien tolérée. France Desjardins, inf.



Mesure de la glycémie capillaire

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer le maintien d'un environnement propre.
9. Assurer l'intimité de la personne.
10. Régler la hauteur du lit.

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

11. **Évaluer les facteurs pouvant influer sur la glycémie capillaire.**
12. **Vérifier les derniers résultats inscrits au dossier de la personne.**
13. **Rechercher la présence de manifestations cliniques d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie.**
14. **Déterminer le site de la prise de la glycémie.**
15. **Vérifier le calibrage de l'appareil.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

16. **Mettre des gants non stériles.**
17. **Personne en soins aigus : désinfecter le site choisi avec un tampon d'alcool et laisser sécher. Personne en soins prolongés ou en milieu de vie : lui demander de laver le site choisi à l'eau chaude savonneuse et de bien se sécher la peau.**
18. **Allumer l'appareil de glycémie.**
19. **Insérer une bandelette d'analyse dans le lecteur du glucomètre.**
20. **Prendre un autopiqueur et régler la profondeur d'introduction de l'aiguille.**
21. **Retirer le capuchon protecteur de l'autopiqueur. Placer l'autopiqueur sur l'extrémité latérale d'un doigt.**
22. **Presser fermement sur le bouton déclencheur, puis retirer l'autopiqueur. Essuyer cette première goutte.**
23. **Placer la bandelette d'analyse perpendiculairement à la goutte de sang et attendre que le sang soit absorbé par capillarité.**
24. **Lorsque l'appareil émet un signal sonore, le déposer et attendre la fin de l'analyse.**
25. **Appuyer légèrement sur le site de ponction avec une compresse ou une ouate.**
26. **Noter le résultat. Éteindre l'appareil.**
27. **Jeter l'autopiqueur et la bandelette.** Retirer les gants et les jeter à la poubelle.

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

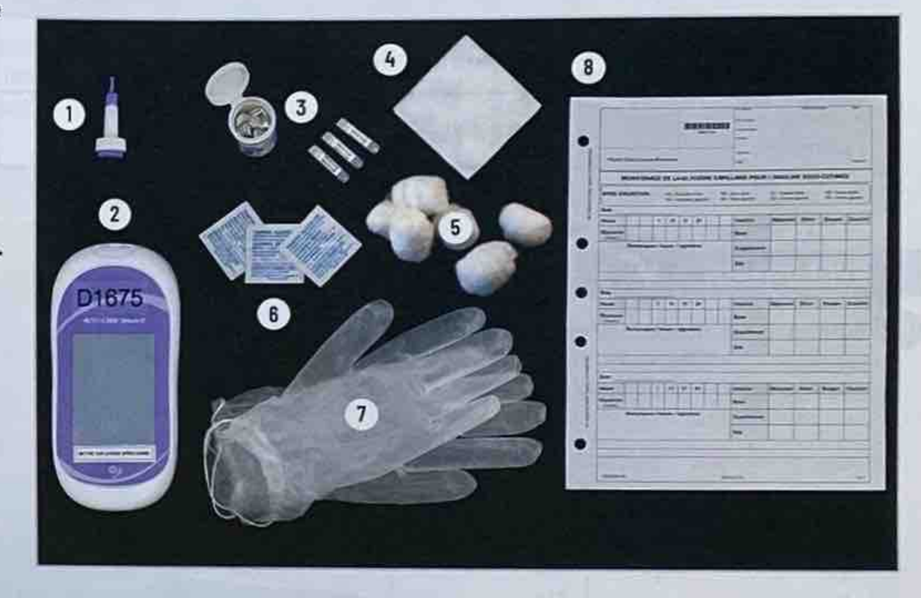
28. **Discuter de la valeur obtenue avec la personne.**
29. **Consigner le résultat de la glycémie.**
30. Réinstaller la personne dans le lit.
31. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
32. Procéder à l'hygiène des mains.
33. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
34. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

SITUATION CLINIQUE

MOHAMMED CHARAF, 49 ans, est hospitalisé pour un diabète de novo de type 2. Le médecin tente de déterminer la meilleure dose de médicaments à administrer, car, pour le moment, les valeurs de glycémie de monsieur Charaf varient de 10,4 à 15,8 mmol/L.

Notions de base

La glycémie capillaire mesure le taux de glucose sanguin, permettant à l'infirmière d'assurer le suivi d'une personne diabétique. Compte tenu de leur faible innervation et de leur forte vascularisation, les régions latérales des doigts sont indiquées pour ce type de prélèvement. En présence de protocoles préétablis par l'endocrinologue, l'infirmière détermine la dose d'insuline à administrer en fonction du résultat obtenu.



Matériel

- Lancette ou autopiqueur ❶
- Glucomètre ❷
- Bandelettes d'analyse ❸
- Compresse ❹ ou ouate ❺
- Tampons d'alcool ❻
- Gants non stériles ❼
- Feuille de suivi diabétique ❽

Étapes préexécutoires	Justifications
1 à **10** Effectuer les étapes **A** à **J** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
ÉVALUATION 	
11 **Évaluer les facteurs pouvant influer sur la glycémie capillaire,** entre autres : • l'exercice physique ; • l'heure de la dernière prise de nourriture ou de boisson ; • la prise de médicaments ; • la température ; • le stress émotionnel, l'anxiété, la peur, etc.	Afin de pouvoir expliquer un résultat de glycémie anormal.
12 **Vérifier les derniers résultats inscrits au dossier de la personne.**	Ces résultats servent de référence à l'infirmière. Elle pourra les comparer avec le résultat obtenu et déterminer si l'état de santé de la personne s'est modifié.

Étapes préexécutoires	Justifications

ÉVALUATION 

13 Rechercher la présence de manifestations cliniques d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie :

- hypoglycémie : palpitations, tremblements, diaphorèse, céphalées, manque d'énergie subit, faim, ralentissement des fonctions cérébrales supérieures, irritabilité et modification de la personnalité, vision trouble, confusion et troubles de coordination, stupeur, coma, convulsions ;
- hyperglycémie : polydipsie, polyurie, polyphagie, perte de poids, fatigue extrême, somnolence, bouche sèche, déshydratation, confusion, coma.

	Avant les repas	2 heures après le début du repas
Glycémie normale, personne non diabétique	4-6 mmol/L	5-8 mmol/L
Valeurs cibles, personne diabétique	4-7 mmol/L	5-10 mmol/L

Source : Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee (2018).

Justification : Afin de prévenir les complications liées à un déséquilibre de la glycémie, comme un coma.

ÉVALUATION 

14 Déterminer le site de la prise de la glycémie : face latérale du majeur ou de l'annulaire, ou talon. Éviter les zones présentant de l'œdème, de l'inflammation ou ayant été ponctionnées récemment.

Justification : Car ces régions sont peu innervées, mais très vascularisées. Le talon est davantage utilisé chez le nouveau-né.

Déterminer aussi la profondeur de la ponction.

Justification : Car elle varie en fonction de l'âge de la personne (nouveau-né, enfant ou adulte), de la présence de callosités sur la peau et du poids chez le nouveau-né et l'enfant.

Âge	Site recommandé	Profondeur de la ponction
Prématuré	Talon	≤ 0,85 mm
Nouveau-né à 6 mois	Talon	≤ 1,0 mm
> 6 mois à ≤ 8 ans	Talon	≤ 3,32 mm
	Doigt	≤ 1,5 mm
Enfant > 8 ans	Doigt	≤ 2,4 mm
Adulte	Doigt	2,2-2,4 mm

Source : Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2010).

15 Vérifier le calibrage de l'appareil servant à mesurer la glycémie capillaire (se référer aux directives du fabricant). Vérifier également la date de péremption sur le contenant des bandelettes et le numéro d'étalonnage.

Justification : Car le contrôle de qualité de l'appareil doit être effectué régulièrement, et le changement de numéro d'étalonnage des bandelettes doit être précisé dans l'appareil pour assurer un prélèvement précis et un résultat valide.

Étapes exécutoires	Justifications
16 **Mettre des gants non stériles.**	Pour éviter le contact avec le sang de la personne et la transmission d'agents pathogènes.
17 Dans le cas d'une **personne en soins aigus, désinfecter le site choisi avec un tampon d'alcool et laisser sécher** l'alcool complètement (au moins 30 secondes). Dans le cas d'une **personne en soins prolongés ou en milieu de vie, lui demander de laver le site choisi à l'eau chaude savonneuse et de bien se sécher la peau** avec une serviette propre.  **Risque d'altération des résultats** Il est important de laisser sécher complètement l'alcool avant de piquer afin d'éviter une hémolyse, ce qui fausserait les résultats. Pour la même raison, on ne doit pas utiliser des tampons contenant de la chlorhexidine, puisque celle-ci reste sur la peau.	Car la piqûre crée une porte d'entrée pour les agents pathogènes. Dans un milieu de vie, les agents pathogènes étant moins importants et diversifiés qu'en soins aigus, le savon et l'eau sont suffisants.
SITUATION CLINIQUE Étant donné la situation de monsieur Charaf, quelle méthode de nettoyage allez-vous utiliser ?	
18 **Allumer l'appareil de glycémie** et suivre les indications à l'écran pour sélectionner le test de glycémie.	Car tous les appareils n'affichent pas nécessairement les mêmes directives lors de leur mise en fonction.
19 **Insérer une bandelette d'analyse dans le lecteur du glucomètre.** Si l'appareil utilisé est différent de celui qui apparaît ci-contre, se référer aux directives du fabricant pour ce qui est du mode d'emploi. 	
20 **Prendre un autopiqueur et régler la profondeur d'introduction de l'aiguille.** Se référer au tableau de l'étape 14 pour adapter la profondeur au tissu sous-cutané présent au site de prélèvement.	

Étapes exécutoires	Justifications
21 **Retirer le capuchon protecteur de l'autopiqueur** en le tournant. **Placer l'autopiqueur sur l'extrémité latérale d'un doigt** et appuyer fermement. 	Compte tenu de leur faible innervation et de leur forte vascularisation, les régions latérales des doigts sont indiquées pour ce type de prélèvement.

N'OUBLIEZ PAS 

Pour augmenter la circulation sanguine au bout du doigt, il faut masser celui-ci ou y appliquer de la chaleur pendant une ou deux minutes avant de procéder à la ponction. Par la suite, le maintien de la main vers le bas favorise la sortie du sang pour former une goutte.

Étapes exécutoires	Justifications
22 **Presser fermement sur le bouton déclencheur, puis retirer l'autopiqueur.** Attendre quelques secondes jusqu'à l'apparition d'une grosse goutte de sang. **Essuyer cette première goutte** et, au besoin, masser la main en prenant soin de relâcher la pression à intervalles réguliers pour favoriser l'écoulement du sang. Attention de ne pas appliquer une forte pression : cela peut entraîner une hémolyse ou la contamination de l'échantillon par du liquide tissulaire.	Car la première goutte peut contenir du liquide tissulaire qui diluera le prélèvement et donnera un résultat erroné. Car masser la main favorise l'écoulement du sang au site de ponction.
23 **Placer la bandelette d'analyse perpendiculairement à la goutte de sang et attendre que le sang soit absorbé par capillarité** (quelques secondes seulement sont nécessaires). Éviter de mettre la goutte de sang sur la bandelette, car le sang ne sera pas aspiré, et la bandelette devra être changée pour reprendre la procédure. 	Afin de faciliter l'absorption du sang par le bout de la bandelette.
24 **Lorsque l'appareil émet un signal sonore, le déposer** à un endroit sécuritaire **et attendre la fin de l'analyse** (de 10 à 20 secondes).	Car le signal sonore indique que la quantité de sang absorbée est correcte.
25 **Appuyer légèrement sur le site de ponction avec une compresse ou une ouate** pendant 30 à 60 secondes pour arrêter le saignement.	Pour effectuer une obstruction des capillaires.

Étapes exécutoires	Justifications
26 **Noter le résultat** apparaissant dans la fenêtre de l'appareil au moment du dernier signal sonore. **Éteindre l'appareil.**	Afin de maintenir un suivi des résultats pour permettre d'ajuster la dose d'insuline, en présence d'un protocole, et d'évaluer la réponse glycémique de la personne à son traitement diabétique.
27 **Jeter l'autopiqueur** dans un contenant biorisque **et la bandelette** selon les normes en vigueur dans l'établissement. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**	Pour prévenir les piqûres accidentelles et la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
28 **Discuter de la valeur obtenue avec la personne.**	Afin de la sensibiliser à son état de santé et de l'inciter à collaborer au plan de traitement.
29 **Consigner le résultat de la glycémie** sur la feuille de suivi clinique ou sur la feuille de suivi diabétique ou autre, selon l'établissement.	Afin d'assurer le suivi de l'état de santé de la personne et la continuité des soins.
30 à 34 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

Aucune note au dossier si le résultat de la glycémie est normal.

Dans le cas d'une glycémie capillaire anormale, consigner :

- La date, l'heure et le résultat de la mesure de la glycémie.
- Les observations cliniques en lien avec les signes d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie.
- Les interventions faites en lien avec les manifestations cliniques observées.
- Tout résultat anormal. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Mohammed Charaf **Dossier 994596**

2021-04-28 11:30 Gluco : 12,6, asymptomatique. Insuline selon échelle adm. c̄ repas.

2021-04-28 12:30 Mange 100 % du repas, gluco : 9,5. Vitalie Perreault, inf.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER SUR LA FEUILLE DE SUIVI DIABÉTIQUE (LE CAS ÉCHÉANT)

- La date, l'heure et le résultat de la mesure de la glycémie.
- Le nom du médicament et la dose administrés, ainsi que l'heure, la voie et le site d'administration.
- Votre signature, votre titre et vos initiales aux endroits appropriés.

FEUILLE DE SUIVI DIABÉTIQUE

DATE	GLYCÉMIE PAR GLUCOMÈTRE										HEURE	HYPOGLYCÉMIANTS ORAUX, INSULINE S.C. OU POMPE À INSULINE	SITE	INITIALES	
		Nuit	À jeun	p.c. déj.	a.c. dîner	p.c. dîner	a.c. souper	p.c. souper	h.s.	Autre				Inf.	Vér.
2021-04-28	Heure			11:30							11:45	Novo Rapid 8 unités S.C.	BG	VP	CL
	Résultat			12,6											
	Heure			12:30											
	Résultat			9,5											

Signature complète de l'infirmière et initiales					
		Vitalie Perreault, inf.	VP		
		Carole Lemire, inf.	CL		

Notes



Ponction veineuse

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. **Vérifier les derniers résultats inscrits au dossier de la personne.**
4. **Remplir les requêtes d'analyse et vérifier que l'identification des étiquettes et du formulaire concorde avec l'identification de la personne.**
5. **Préparer le matériel à prélèvement et choisir les tubes en fonction des analyses demandées.**
6. Rassembler tout le matériel nécessaire.
7. Procéder à l'hygiène des mains.
8. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
9. Expliquer la procédure de soins à la personne.
10. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
11. Assurer le maintien d'un environnement propre.
12. Assurer l'intimité de la personne.
13. Régler la hauteur du lit.
14. **Évaluer l'état physique de la personne afin de dépister les manifestations cliniques anormales. S'assurer de respecter les conditions de préparation de la personne.**
15. **Placer les tubes dans l'ordre de prélèvement recommandé par l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

16. **Ajointer au barillet le type d'aiguille choisi.**
17. **Choisir le site de ponction avec ou sans garrot, selon l'état des veines.**
18. **Placer une serviette ou un piqué sous le bras de la personne.**
19. **Mettre des gants non stériles.**
20. **Placer le garrot de 7,5 à 10 cm au-dessus du site de ponction.**
21. **Désinfecter vigoureusement le site de ponction.**
22. **Retirer le capuchon de l'aiguille.**
23. **Tendre la peau avec le pouce de la main non dominante.**
24. **Procéder à la ponction veineuse.**
    - 24.1 **Effectuer une ponction à l'aiguille.**
    - 24.2 **Effectuer une ponction au microperfuseur à ailettes.**
25. **Placer une compresse ou une ouate sur le site de ponction et retirer l'aiguille. Jeter l'aiguille ou le microperfuseur dans un contenant biorisque.**
26. **Appliquer une légère pression sur le site de ponction, puis demander à la personne de continuer.**
27. **Nettoyer les tubes avec un tampon d'alcool 70 % s'ils sont souillés.**
28. **Retirer le piqué ou la serviette et en disposer de manière appropriée.**
29. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**
30. **Apposer sur chacun des tubes à prélèvement une étiquette portant le nom de la personne et son numéro de dossier.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

31. **Placer les tubes identifiés dans un sac de transport biorisque et la requête dans la pochette extérieure.**
32. Réinstaller la personne dans le lit.
33. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
34. Procéder à l'hygiène des mains.
35. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
36. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.
37. **Acheminer rapidement le sac de prélèvement au laboratoire.**
38. **Discuter des valeurs obtenues avec la personne.**

SITUATION CLINIQUE

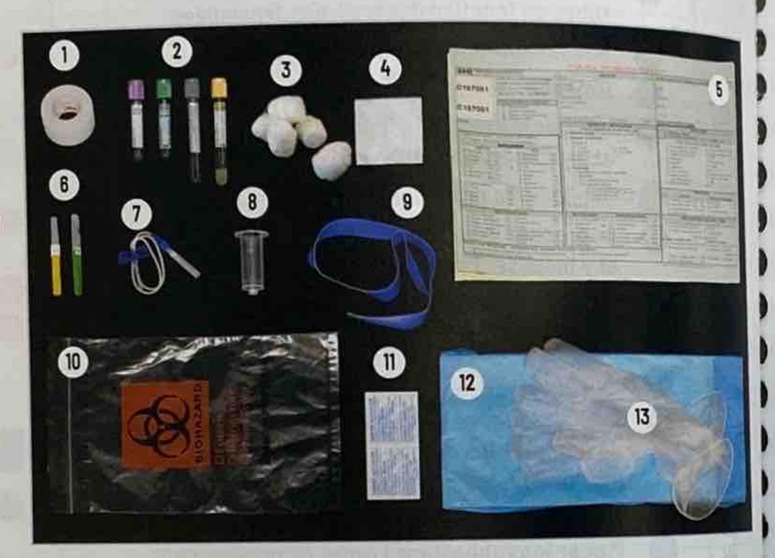
AMÉLIE BOUCHER, 37 ans, se présente au service des urgences. Elle se plaint d'une toux, d'un mal de gorge et d'un écoulement nasal qui durent depuis 10 jours. À l'examen physique, ses muqueuses sont sèches, et il y a persistance du pli cutané. Ses signes vitaux sont les suivants : F.R. : 24/min, amplitude normale ; F.C. : 112/min, rythme régulier, pouls filant ; P.A. : 90/60 mm Hg ; T° buccale : 37,1 °C.

Notions de base

Le prélèvement de sang à des fins d'analyse est une méthode diagnostique que l'infirmière doit appliquer dans le respect d'une asepsie rigoureuse. Elle privilégiera la ponction à l'aiguille lorsque les veines de la personne sont de bon calibre et faciles à stabiliser. Elle fera une ponction au microperfuseur à ailettes en présence de veines de petit calibre et difficiles à piquer. Il est recommandé d'utiliser un barillet et un garrot sans latex jetables (usage unique). S'ils ne sont pas jetables, les nettoyer et les désinfecter entre chaque utilisation.

Matériel

- Ruban adhésif ❶
- Tubes à prélèvement ❷
- Ouate ❸ ou compresse ❹
- Requêtes d'analyse avec étiquettes pour tubes à prélèvement ❺
- Aiguilles ❻ ou microperfuseur à ailettes (calibre 20, 21, 22 ou 23) ❼
- Barillet ❽
- Garrot ❾
- Sac de transport biorisque ❿
- Tampons d'alcool 70 % ⓫
- Piqué jetable ou serviette ⓬
- Gants non stériles ⓭



Étapes préexécutoires	Justifications
❶ et ❷ Effectuer les étapes A et B présentées à la page 1 (étapes préexécutoires générales).	
❸ **Vérifier les derniers résultats inscrits au dossier de la personne.**	Ces résultats servent de référence à l'infirmière. Elle pourra les comparer avec les résultats obtenus et déterminer si l'état de santé de la personne s'est modifié.
❹ **Remplir les requêtes d'analyse et vérifier que l'identification des étiquettes et du formulaire concorde avec l'identification de la personne :** nom, prénom et numéro de dossier.	Afin d'éviter les erreurs d'identification de la personne.

Étapes préexécutoires	Justifications
5 **Préparer le matériel à prélèvement et choisir les tubes en fonction des analyses demandées** (peuvent varier selon l'établissement). S'assurer d'avoir les bons tubes en main : hématologie, biochimie, toxicologie, banque de sang, coagulation. S'assurer de choisir un calibre d'aiguille qui correspond aux veines de la personne.	Afin d'effectuer les analyses de manière conforme.

6 à **13** Effectuer les étapes **C** à **J** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).

ÉVALUATION

14 **Évaluer l'état physique de la personne afin de dépister les manifestations cliniques anormales.**	Car selon le type de prélèvement ou de mesure effectué, certaines conditions comme la douleur, la fatigue ou la fièvre peuvent influer sur le résultat.
S'assurer de respecter les conditions de préparation de la personne telles que restrictions alimentaires, intervalle d'heures de prélèvements, prise de médicaments, etc.	Afin de s'assurer d'un résultat pertinent pour la situation clinique de la personne.
15 **Placer les tubes dans l'ordre de prélèvement recommandé par l'Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec** (OPTMQ), comme indiqué dans le tableau ci-dessous.	Afin de réduire le risque d'obtenir un résultat erroné à la suite d'une contamination croisée entre tubes contenant différents additifs.



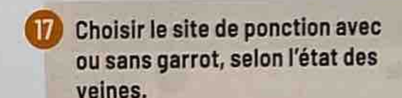
Ordre	Flacon ou couleur du bouchon et additif	But du prélèvement
1	Flacons d'hémocultures aérobie et anaérobie avec polyanéthol sulfonate de sodium	Analyse en microbiologie
2	Bleu avec citrate de sodium à 3,2 %	Analyse de coagulation
3	Jaune ou rouge, avec ou sans activateur de coagulation, avec ou sans gel séparateur	Analyse de sérum en biochimie, en endocrinologie ou en sérologie
4	Vert ou vert pâle, avec héparine liée au sodium ou au lithium, avec ou sans gel séparateur	Analyse de plasma en biochimie (sauf si dosage du sodium ou du lithium)
5	Lavande, mauve, violet ou rose, avec EDTA, K_2EDTA, K_3EDTA ou Na_2EDTA	Bouchon lavande, mauve ou violet : analyse en hématologie Bouchon rose : analyse à la banque de sang
6	Gris avec potassium/fluorure de sodium (inhibiteur de la glycolyse)	Dosage du glucose et du lactate en biochimie
7	Noir avec citrate de sodium 3,8 %	Analyse de la vitesse de sédimentation selon la méthode de Westergren
8	Autres	Communiquer avec le laboratoire pour savoir quand remplir les autres tubes non mentionnés dans ce tableau.

Source : OPTMQ, Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ), Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) *et al.* (2018).

Étapes préexécutoires	Justifications

SITUATION CLINIQUE

Les tubes à prélèvement pour les analyses de biochimie peuvent varier d'un établissement à un autre. En revanche, les tubes à prélèvement pour le groupe sanguin, les analyses de coagulation et la formule sanguine complète (FSC) sont toujours les mêmes. Pouvez-vous déterminer la couleur de chacun de ces tubes ?

Étapes exécutoires		Justifications
16 Ajointer au barillet le type d'aiguille choisi : a) l'aiguille à prélèvements multiples ;		Car une fois inséré dans la veine, l'aiguille ou le microperfuseur permettra d'effectuer plusieurs prélèvements en ne changeant que les tubes dans le barillet.
b) l'adaptateur à prélèvement du microperfuseur.		
17 Choisir le site de ponction avec ou sans garrot, selon l'état des veines. Palper les veines avec l'index et opter pour une veine droite, non noueuse, souple et de bon calibre, idéalement située dans le pli du coude. 		Car les veines sont faciles d'accès, plus stables, et leur ponction est moins douloureuse. Il est déconseillé d'effectuer un prélèvement sanguin dans une veine noueuse ou de petit calibre, ces dernières étant plus difficiles à ponctionner.

Étapes exécutoires	Justifications



ALERTE CLINIQUE

Choix du site de ponction

Si une perfusion est en cours, que ce soit un soluté, un médicament ou une transfusion sanguine, la ponction veineuse doit se faire dans le bras opposé à la perfusion. En effet, une ponction veineuse faite sur le même bras que la perfusion peut donner des résultats erronés.

Il faut éviter les artères (paroi plus épaisse avec présence de pulsations), les veines thrombosées (non élastiques), ainsi que les veines fuyantes et raides au toucher.

N'OUBLIEZ PAS 

Si la veine est difficile à percevoir, installer le bras bien droit sur un support (p. ex. une serviette) sous le coude et demander à la personne de fermer et de serrer la main ou d'abaisser le bras sous le niveau du cœur pour que la veine se dilate. Déposer une serviette humide chaude sur le site de ponction de 5 à 10 minutes avant le prélèvement favorise la vasodilatation de la veine et rend celle-ci plus visible et palpable.

Étapes exécutoires	Justifications
18 **Placer une serviette ou un piqué sous le bras de la personne.**	Pour éviter de souiller la literie ou le fauteuil.
19 **Mettre des gants non stériles.**	Pour se protéger des liquides biologiques de la personne et éviter la transmission d'agents pathogènes.
20 **Placer le garrot de 7,5 à 10 cm au-dessus du site de ponction.** S'assurer qu'il est suffisamment serré. 	Car un garrot posé trop près du site de ponction peut fausser les résultats d'analyses. L'application d'un garrot suffisamment serré permet de rendre la veine proéminente pour faciliter l'insertion de l'aiguille.

Étapes exécutoires	Justifications
 **Retrait du garrot** Au bout de 60 secondes, on doit retirer le garrot utilisé pour procéder au choix de la veine. Après ce délai, une hémolyse consécutive à la compression de la veine pourrait se produire et altérer les résultats d'analyses. Il faut attendre deux minutes avant de remettre un garrot.	
N'OUBLIEZ PAS  Si la personne a des problèmes cutanés dans la région choisie, le garrot peut être placé par-dessus son vêtement.	
21 **Désinfecter vigoureusement le site de ponction** avec un tampon d'alcool 70 % en effectuant un mouvement en spirale, du centre vers la périphérie. Frictionner sur un diamètre de désinfection minimal de 5 cm en s'assurant que le tampon est toujours en contact avec la peau. Attendre au moins 30 secondes que l'aseptisant sèche entièrement, sans agiter la main, ni souffler sur le site, ni l'éponger avec une gaze. 	Pour s'assurer que toute la surface a été entièrement désinfectée. Pour permettre à l'antiseptique de produire son effet aseptisant. Agiter la main au-dessus du site, souffler dessus ou l'éponger contamine celui-ci.
22 **Retirer le capuchon de l'aiguille.**	
23 **Tendre la peau avec le pouce de la main non dominante** environ 3,5 à 5 cm sous le site de ponction. De l'autre main, saisir le barillet et orienter le biseau de l'aiguille vers le haut. 	Afin de stabiliser la veine. Afin de faciliter l'insertion de l'aiguille au centre de la veine.
24 **Procéder à la ponction veineuse** selon l'une des méthodes suivantes. **24.1** Effectuer une ponction à l'aiguille. **24.2** Effectuer une ponction au microperfuseur à ailettes.	

SITUATION CLINIQUE

La veine que vous avez choisie chez madame Boucher est fine et se trouve au dos de sa main. Qu'allez-vous privilégier pour faire la ponction : l'aiguille ou le microperfuseur à ailettes ? Justifiez votre réponse.

Étapes exécutoires	Justifications
24.1 Effectuer une ponction à l'aiguille.	
24.1.1 Introduire l'aiguille dans la veine à un angle de 30°. 	Car un angle plus important risquerait de perforer la paroi postérieure de la veine.
Lorsque le biseau n'est plus visible, poursuivre l'insertion de 2 à 3 mm.	Afin de s'assurer que le biseau est au centre de la veine et ainsi d'obtenir un écoulement optimal de sang.
24.1.2 Tenir le barillet par le collet avec la main non dominante. 	Afin de stabiliser le barillet et d'éviter que l'aiguille se déplace et perfore la paroi postérieure de la veine au moment de l'insertion du tube.
De la main dominante, introduire le tube à prélèvement dans le barillet et le pousser au fond en s'appuyant sur les ailettes du barillet jusqu'à ce que sa membrane de caoutchouc soit perforée par l'aiguille à l'intérieur du barillet.	
Si aucun sang n'apparaît dans le tube, dénouer le garrot et changer délicatement la position de l'aiguille. S'il n'y a aucun changement, retirer l'aiguille, la jeter dans un contenant biorisque et reprendre la procédure avec une nouvelle aiguille stérile.	L'absence de sang dans le tube indique que l'aiguille n'est pas dans la veine ou que le biseau est accolé à la paroi de la veine. Changer la position de l'aiguille en la retirant légèrement, en la poussant délicatement ou en modifiant légèrement l'angle d'insertion pourra rendre l'écoulement du sang possible.



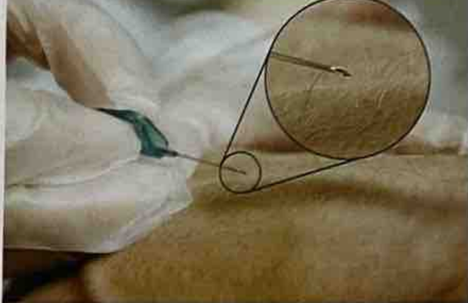
Manipulation inadéquate de l'aiguille

Il ne faut jamais chercher une veine « à l'aveuglette » avec l'aiguille ; une telle manœuvre peut être douloureuse pour la personne et risque aussi d'endommager un nerf ou les tissus environnants.

N'OUBLIEZ PAS 

Si, après deux tentatives, il est impossible d'obtenir du sang, il est recommandé de demander l'aide d'une autre infirmière.

Étapes exécutoires	Justifications
24.1.3 Effectuer le prélèvement sanguin.  a) S'il y a un seul tube à remplir : • Maintenir le tube dans le barillet. • Dénouer le garrot dès que le sang afflue dans le tube. • Demander à la personne d'ouvrir la main. • Laisser le tube se remplir jusqu'à la ligne interne ou jusqu'à ce qu'il cesse de se remplir. b) S'il y a plusieurs tubes à remplir : • Maintenir le tube dans le barillet. • Dénouer le garrot dès que le sang afflue dans le tube. • Demander à la personne d'ouvrir la main.	Car lorsque le garrot demeure en place trop longtemps, la stase veineuse donne lieu à une hémoconcentration et à une infiltration de sang dans les tissus (extravasation). Cette situation peut fausser les résultats d'analyses sensibles à l'hémoconcentration ou à l'ischémie, dont le dosage des érythrocytes, les facteurs de coagulation, l'albumine, le cholestérol, le glucose, ainsi que des enzymes et des protéines.
• Laisser le tube se remplir jusqu'à la ligne interne ou jusqu'à ce que le sang cesse de couler. • Retirer le tube, le mélanger (étape suivante) et en insérer un nouveau en maintenant fermement le barillet en place afin d'éviter de déplacer l'aiguille dans la veine. Recommencer cette procédure jusqu'au dernier tube.	Remplir le tube jusqu'à son niveau optimal permet d'obtenir le bon ratio sang/additif. La qualité et la stabilité de l'échantillon sont directement liées au respect de ce ratio. En prévision d'une ponction difficile, opter pour des tubes de plus petit volume.
ALERTE CLINIQUE **Intégrité de l'échantillon** Il ne faut jamais transvider le contenu d'un tube dans un autre tube, même si les deux tubes contiennent le même additif, sous peine de modifier le ratio sang/additif et de fausser le résultat de l'analyse.	
24.1.4 Mélanger immédiatement et au fur et à mesure le contenu du tube en le retournant complètement une dizaine de fois dès le prélèvement terminé.	Afin de s'assurer que l'additif dans le tube est complètement dissous avec le sang, pour maintenir le bon ratio sang/additif et fournir un échantillon de qualité exempt de caillots sanguins.
Le placer à la verticale dans un support à tubes (si disponible). Passer à l'étape 25.	Afin de faciliter la coagulation et de limiter l'agitation.
N'OUBLIEZ PAS  Pour éviter l'hémolyse et l'activation des plaquettes, il ne faut jamais agiter les tubes ou les retourner brusquement.	

Étapes exécutoires	Justifications
24.2 Effectuer une ponction au microperfuseur à ailettes.	
24.2.1 Saisir les ailettes du microperfuseur et orienter le biseau de l'aiguille vers le haut. 	Afin de faciliter l'insertion de l'aiguille au centre de la veine.
Introduire l'aiguille à un angle maximal de 30°, selon le site choisi. 	Car un angle plus important risquerait de perforer la paroi postérieure de la veine.
Lorsqu'elle est dans la veine, poursuivre l'insertion de 2 à 3 mm. Un retour de sang est visible dans la tubulure du microperfuseur lorsque celui-ci se trouve dans la veine.	Afin de s'assurer que le biseau est au centre de la veine et ainsi d'obtenir un écoulement optimal de sang.
24.2.2 Tenir les ailettes avec la main dominante afin d'immobiliser l'aiguille.	Afin de stabiliser l'aiguille et d'éviter de perforer la paroi postérieure de la veine.
De la main non dominante, introduire le tube à prélèvement dans le barillet et le pousser au fond en s'appuyant sur les ailettes du barillet jusqu'à ce que sa membrane de caoutchouc soit perforée par l'aiguille à l'intérieur du barillet.	
Si aucun sang n'apparaît dans le tube, dénouer le garrot et changer délicatement la position de l'aiguille. S'il n'y a aucun changement, retirer l'aiguille, la jeter dans un contenant biorisque et reprendre la procédure avec une nouvelle aiguille stérile.	L'absence de sang dans le tube indique que l'aiguille n'est pas dans la veine ou que le biseau est accolé à la paroi de la veine. Changer la position de l'aiguille en la retirant légèrement, en la poussant délicatement ou en modifiant légèrement l'angle d'insertion pourra rendre l'écoulement du sang possible.

ALERTE CLINIQUE

Manipulation inadéquate de l'aiguille

Il ne faut jamais chercher une veine « à l'aveuglette » avec l'aiguille ; une telle manœuvre peut être douloureuse pour la personne et risque aussi d'endommager un nerf ou les tissus environnants.

N'OUBLIEZ PAS 

Si, après deux tentatives, il est impossible d'obtenir du sang, il est recommandé de demander l'aide d'une autre infirmière.

Étapes exécutoires	Justifications
24.2.3 Effectuer le prélèvement sanguin. a) S'il y a un seul tube à remplir : • Maintenir le tube dans le barillet. • Dénouer le garrot dès que le sang afflue dans le tube. • Demander à la personne d'ouvrir la main. • Laisser le tube se remplir jusqu'à la ligne interne ou jusqu'à ce qu'il cesse de se remplir. b) S'il y a plusieurs tubes à remplir : • Maintenir le tube dans le barillet. • Dénouer le garrot dès que le sang afflue dans le tube. • Demander à la personne d'ouvrir la main. • Laisser le tube se remplir jusqu'à la ligne interne ou jusqu'à ce que le sang cesse de couler. • Retirer le tube, le mélanger (étape suivante) et en insérer un nouveau en maintenant fermement le barillet en place afin d'éviter de déplacer l'aiguille dans la veine. Recommencer cette procédure jusqu'au dernier tube.	En recueillant la quantité de sang maximale permise par le tube, on assure une analyse juste par le laboratoire et l'on prévient de devoir piquer à nouveau la personne.



N'OUBLIEZ PAS 

Avec un microperfuseur à ailettes, si le premier tube prélevé est destiné à la coagulation (bouchon bleu), il faut utiliser un tube de rejet sans additif (bouchon blanc clair) de 2 mL pour enlever l'air de la tubulure avant de faire un autre prélèvement afin de maintenir le ratio optimal sang/anticoagulant.

Étapes exécutoires	Justifications
24.2.4 Mélanger immédiatement et au fur et à mesure le contenu du tube en le retournant complètement une dizaine de fois dès le prélèvement terminé.	Afin de s'assurer que l'additif dans le tube est complètement dissous avec le sang pour maintenir le bon ratio sang/additif et fournir un échantillon de qualité exempt de caillots sanguins.
Le placer à la verticale dans un support à tubes (si disponible).	Afin de faciliter la coagulation et de limiter l'agitation.

N'OUBLIEZ PAS 

Pour éviter l'hémolyse et l'activation des plaquettes, il ne faut jamais agiter les tubes ou les retourner brusquement.

Étapes exécutoires	Justifications
25 **Placer une compresse ou une ouate sur le site de ponction et retirer l'aiguille** sans appliquer de pression sur cette dernière. **Jeter l'aiguille ou le microperfuseur dans un contenant biorisque.** 	Car exercer une pression directement sur l'aiguille au moment de la retirer peut endommager la veine.
ALERTE CLINIQUE **Retrait du garrot** Le garrot ne doit pas être laissé en place pendant plus d'une minute et doit être retiré aussitôt que le sang coule dans le tube. Aussi, on ne doit pas retirer le tube à prélèvement ni l'aiguille avant d'avoir desserré le garrot. Cela pourrait provoquer l'éclatement de la veine et la formation d'un hématome au site de ponction.	
26 **Appliquer une légère pression** (de 15 à 30 secondes) **sur le site de ponction, puis demander à la personne de continuer** à appliquer une pression pendant 2 ou 3 minutes. Maintenir la compresse ou la ouate sur le site de ponction avec un ruban adhésif. Dans le cas d'une personne sous anticoagulothérapie, appliquer une pression ferme pendant au moins cinq minutes.	Afin d'entraîner une obstruction mécanique qui provoque l'hémostase (arrêt d'une hémorragie).
ALERTE CLINIQUE **Risque d'hématome** Il ne faut pas faire plier le bras de la personne, car un hématome pourrait alors se former.	
27 **Nettoyer les tubes avec un tampon d'alcool 70 % s'ils sont souillés.**	Pour prévenir une contamination avec le sang de la personne.
28 **Retirer le piqué ou la serviette et en disposer de manière appropriée** (piqué dans la poubelle et serviette dans le sac de lingerie souillée).	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
29 **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
30 **Apposer sur chacun des tubes à prélèvement une étiquette portant le nom de la personne et son numéro de dossier** (après vérification de son bracelet).	Pour éviter les erreurs d'identification.

Étapes postexécutoires	Justifications
31 **Placer les tubes identifiés dans un sac de transport biorisque et la requête dans la pochette extérieure.**	Pour assurer le transport des matières biologiques de manière sécuritaire et éviter la contamination de la requête.

Étapes postexécutoires	Justifications
32 à 36 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
37 **Acheminer rapidement le sac de prélèvement au laboratoire** aux fins d'analyse en respectant les délais et les conditions de conservation des échantillons.	Afin d'assurer la stabilité de la plupart des éléments à analyser, car un retard dans l'acheminement au laboratoire peut entraîner une altération des prélèvements, une modification des résultats d'analyses et un retard dans le début du traitement de la personne.
38 **Discuter des valeurs obtenues avec la personne.**	Afin de la sensibiliser à son état de santé et de l'inciter à collaborer au plan de traitement.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure de la ponction.
- Les analyses demandées.
- Toute douleur, rougeur ou réaction indésirable au moment de la ponction veineuse ou dans les minutes qui suivent le prélèvement (p. ex. une ecchymose). **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Amélie Boucher **Dossier 987123**

2021-04-28 21:00 PV : E+, U/C, glucose, FSC. Luc Saint-Jean, inf.

N'OUBLIEZ PAS



Selon les établissements, les analyses de laboratoire peuvent être enregistrées ailleurs que dans les notes d'évolution rédigées par l'infirmière. Il est important de se conformer aux politiques de l'établissement.

Notes



Prélèvement sanguin pour hémoculture

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. **Remplir les requêtes d'analyse et vérifier que l'identification des étiquettes et du formulaire concorde avec l'identification de la personne.**
4. **Tenir la bouteille bien droite à la hauteur des yeux et faire une marque au stylo sur l'étiquette graduée de chacune des bouteilles d'hémoculture.**
5. Rassembler tout le matériel nécessaire.
6. Procéder à l'hygiène des mains.
7. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
8. Expliquer la procédure de soins à la personne.
9. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
10. Assurer le maintien d'un environnement propre.
11. Assurer l'intimité de la personne.
12. Régler la hauteur du lit.
13. **Évaluer l'état physique de la personne afin de dépister les manifestations cliniques anormales.**
14. **Évaluer certains facteurs pouvant influer sur les résultats de laboratoire.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

15. **Mettre des gants non stériles.**
16. **Retirer le couvercle protégeant l'opercule de chaque bouteille et désinfecter vigoureusement les opercules avec un tampon d'alcool 70 %.**
17. **Ajointer au barillet l'adaptateur à prélèvement du microperfuseur.**
18. **Choisir le site de ponction avec ou sans garrot, selon l'état des veines.**
19. **Placer une serviette ou un piqué sous le bras de la personne.**
20. **Placer le garrot de 7,5 à 10 cm au-dessus du site de ponction.**
21. **Désinfecter vigoureusement le site de ponction deux fois.**
22. **Retirer le capuchon protecteur de l'aiguille.**
23. **Tendre la peau avec le pouce de la main non dominante.**
24. **Saisir les ailettes du microperfuseur et orienter le biseau de l'aiguille vers le haut. Introduire l'aiguille à un angle maximal de 30°, selon le site choisi.**
25. **Tenir les ailettes fermement avec la main non dominante afin d'immobiliser l'aiguille.**
26. **De la main dominante, insérer la bouteille aérobie dans le barillet et dénouer le garrot dès que le sang afflue dans la bouteille.**
27. **Abaisser la bouteille sous le niveau de la ponction en la tenant à la verticale.**
28. **Retirer la bouteille aérobie du barillet lorsque le volume de sang à prélever est atteint. Mélanger délicatement le contenu.**
29. **Répéter les étapes 26 à 28 avec la bouteille anaérobie.**
30. **Placer une compresse ou une ouate sur le site de ponction et retirer l'aiguille. Jeter le microperfuseur à ailettes et le barillet dans un contenant biorisque.**
31. **Appliquer une légère pression sur le site de ponction, puis demander à la personne de continuer.**
32. **Nettoyer les bouteilles avec un tampon d'alcool 70 % si elles sont souillées.**
33. **Retirer le piqué ou la serviette et en disposer de manière appropriée.**
34. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**
35. **Apposer une étiquette identifiant la personne en présence de celle-ci sur chacune des bouteilles en évitant de couvrir leurs codes à barres.**

Prélèvement sanguin pour hémoculture (*suite*)

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

36 **Placer les bouteilles identifiées dans un sac de transport biorisque et la requête dans la pochette extérieure.**

37 Réinstaller la personne dans le lit.

38 Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.

39 Procéder à l'hygiène des mains.

40 Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.

41 Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

42 **Acheminer rapidement le sac de prélèvement au laboratoire.**

43 **Discuter des valeurs obtenues avec la personne.**

SITUATION CLINIQUE

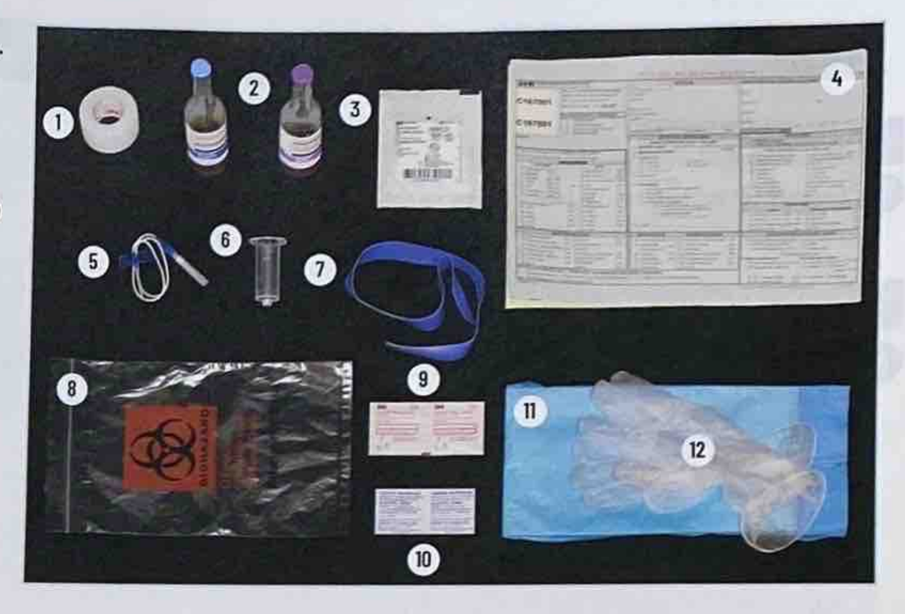
AMÉLIE BOUCHER, 37 ans, se présente au service des urgences. Elle se plaint d'une toux, d'un mal de gorge et d'un écoulement nasal qui durent depuis 10 jours. À l'examen physique, ses muqueuses sont sèches, et il y a persistance du pli cutané. Ses signes vitaux sont les suivants : F.R. : 24/min, amplitude normale ; F.C. : 112/min, rythme régulier, pouls filant ; P.A. : 90/60 mm Hg ; T° buccale : 39,1 °C.

Notions de base

Le prélèvement pour dépistage de bactériémie doit idéalement se faire avant d'entreprendre une antibiothérapie et s'effectue à l'aide du microperfuseur à ailettes. Une asepsie rigoureuse doit être respectée afin d'éviter toute contamination de l'échantillon par la flore microbienne présente sur la peau de la personne au moment de la ponction. Il est nécessaire d'effectuer plus d'un prélèvement. Habituellement, deux prélèvements distincts d'hémocultures aérobique et anaérobique doivent être effectués dans deux sites de ponction distincts avec un délai entre les deux ponctions. Celui-ci peut varier selon l'état clinique de la personne ; se référer à la procédure de l'établissement pour le connaître. Par ailleurs, si la ponction est difficile, favoriser le remplissage de la bouteille aérobie, car les microorganismes aérobies sont plus souvent mis en cause dans les bactériémies.

Matériel

- Ruban adhésif 1
- Bouteilles aérobie et anaérobie 2
- Compresse stérile 3
- Requêtes d'analyse microbiologique 4
- Microperfuseur à ailettes avec adaptateur 5
- Barillet 6
- Garrot 7
- Sac de transport biorisque 8
- Tampons de chlorhexidine et d'alcool 70 % 9
- Tampons d'alcool 70 % 10
- Piqué jetable ou serviette 11
- Gants non stériles 12



Étapes préexécutoires	Justifications
1 et 2 Effectuer les étapes A et B présentées à la page 1 (étapes préexécutoires générales).	
3 **Remplir les requêtes d'analyse et vérifier que l'identification des étiquettes et du formulaire concorde avec l'identification de la personne** : nom, prénom et numéro de dossier.	Afin d'éviter les erreurs d'identification de la personne.

SITUATION CLINIQUE

Lequel des laboratoires suivants effectue l'analyse des hémocultures ?

a) Hématologie b) Biochimie c) Microbiologie d) Pathologie

Étapes préexécutoires	Justifications
4 **Tenir la bouteille bien droite à la hauteur des yeux et faire une marque au stylo sur l'étiquette graduée de chacune des bouteilles d'hémoculture** pour indiquer à quel moment retirer la bouteille. Le prélèvement doit être de 10 mL par bouteille ; la marque doit donc se situer 10 mL au-dessus du bouillon de culture afin de ne pas dépasser le volume recommandé. 	Car le vide d'air de la bouteille permet d'ajouter plus de 10 mL de sang.

N'OUBLIEZ PAS 

En pédiatrie, le calcul de la quantité de sang à prélever se fait en fonction du poids de l'enfant. Il faut prélever un maximum de 1 % du volume sanguin total. Pour connaître la quantité de sang à prélever, la formule est la suivante :

$$\frac{\text{Poids de l'enfant en kg} \times 75}{100}$$

5 à 12 Effectuer les étapes C à J présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).

MS 4.4

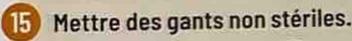
Étapes préexécutoires	Justifications
 **ÉVALUATION** **13** **Évaluer l'état physique de la personne afin de dépister les manifestations cliniques anormales** en lien avec l'hémoculture, comme une infection, la fatigue, la fièvre.	
 **ÉVALUATION** **14** **Évaluer certains facteurs pouvant influer sur les résultats de laboratoire** à la suite d'une ponction veineuse pour hémoculture tels que :	
• la prise de médicaments antipyrétiques ou antibiotiques ;	Car les antipyrétiques et les antibiotiques peuvent fausser les résultats, en diminuant la détection des microorganismes.
• la température.	Car la fièvre peut influer sur le résultat. Il faut habituellement préciser le résultat de température sur la requête.


ALERTE CLINIQUE

Moment du prélèvement en cas d'hyperthermie

Un épisode d'hyperthermie accompagné de frissons peut indiquer la présence de bactéries dans le sang. Les prélèvements pour hémoculture doivent être faits au moment d'un pic d'hyperthermie et avant de commencer toute antibiothérapie. Dans le cas contraire, les résultats obtenus pourraient s'avérer faussement négatifs.

Étapes exécutoires	Justifications
15 **Mettre des gants non stériles.**	Pour se protéger des liquides biologiques de la personne et éviter la transmission d'agents pathogènes.



N'OUBLIEZ PAS

Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés. Aussi, il faut toujours vérifier si la personne est allergique au latex. Le cas échéant, on doit utiliser des gants de vinyle ou de nitrile.

Étapes exécutoires	Justifications
16 **Retirer le couvercle protégeant l'opercule de chaque bouteille et désinfecter vigoureusement les opercules avec un tampon d'alcool 70 %.**	Car l'opercule doit être aseptisé complètement afin de ne pas fausser les résultats de l'analyse microbiologique.
Laisser sécher pendant au moins 30 secondes.	Pour permettre à l'alcool de produire son effet aseptisant.



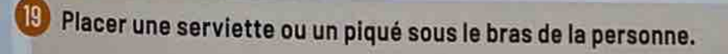

N'OUBLIEZ PAS

Il ne faut pas souffler ou agiter l'air pour accélérer le séchage. Cela risquerait de contaminer l'opercule, ce qui peut fausser les résultats de l'analyse.

Étapes exécutoires	Justifications
17 Ajointer au barillet l'adaptateur à prélèvement du microperfuseur. 	La tubulure est nécessaire pour les trois raisons suivantes : 1. elle permet de tenir la bouteille droite et de voir combien de sang est recueilli pendant la collecte ; 2. elle permet d'éviter que le sang, mêlé au bouillon de la bouteille, refoule accidentellement dans la circulation sanguine de la personne ; 3. elle permet d'ajouter de l'air dans la première bouteille, la bouteille aérobie. C'est pour cette raison que l'on remplit la bouteille aérobie en premier. Pour la bouteille anaérobie, comme il n'y a que du sang dans la tubulure, on considère que cela satisfait aux conditions d'anaérobie.
18 Choisir le site de ponction avec ou sans garrot, selon l'état des veines. Palper les veines avec l'index et opter pour une veine droite, non noueuse, souple et de bon calibre, idéalement située dans le pli du coude. 	Car les veines sont faciles d'accès, plus stables, et leur ponction est moins douloureuse. Il est déconseillé d'effectuer un prélèvement sanguin dans une veine noueuse ou de petit calibre, ces dernières étant plus difficiles à ponctionner.

N'OUBLIEZ PAS 

Si la veine est difficile à percevoir, installer le bras bien droit sur un support (p. ex. une serviette) sous le coude et demander à la personne de fermer et de serrer la main ou d'abaisser le bras sous le niveau du cœur pour que la veine se dilate. Déposer une serviette humide chaude sur le site de ponction de 5 à 10 minutes avant le prélèvement favorise la vasodilatation de la veine et rend celle-ci plus visible et palpable.



Étapes exécutoires	Justifications
19 Placer une serviette ou un piqué sous le bras de la personne.	Pour éviter de souiller la literie ou le fauteuil.
20 Placer le garrot de 7,5 à 10 cm au-dessus du site de ponction. S'assurer qu'il est suffisamment serré. 	Car un garrot placé trop près du site de ponction peut fausser les résultats d'analyses. L'application d'un garrot suffisamment serré permet de rendre la veine proéminente pour faciliter l'insertion de l'aiguille.

Étapes exécutoires	Justifications

ALERTE CLINIQUE

Retrait du garrot

Au bout de 60 secondes, on doit retirer le garrot utilisé pour procéder au choix de la veine. Après ce délai, une hémolyse consécutive à la compression de la veine pourrait se produire et altérer les résultats d'analyses. Il faut attendre deux minutes avant de remettre un garrot.

Étapes exécutoires	Justifications
21 Désinfecter vigoureusement le site de ponction deux fois.	Afin d'éviter de contaminer l'échantillon avec des bactéries de la flore normale de la peau.
1. Désinfecter la peau avec un tampon de chlorhexidine et d'alcool 70 % en effectuant un mouvement en spirale du centre vers la périphérie. Frictionner sur un diamètre de désinfection minimal de 5 cm en s'assurant que le tampon est toujours en contact avec la peau.	Pour éviter de recontaminer la partie désinfectée.
Laisser sécher complètement (au moins 30 secondes), sans agiter la main, ni souffler sur le site, ni l'éponger avec une gaze.	Pour permettre à l'antiseptique de produire son effet. Agiter la main au-dessus du site, souffler dessus ou l'éponger contamine celui-ci.
2. Recommencer la même désinfection avec un nouveau tampon de chlorhexidine et d'alcool 70 %. Laisser sécher complètement (au moins 30 secondes), sans agiter la main, ni souffler sur le site, ni l'éponger avec une gaze.	



Risque de contamination de l'échantillon

Une asepsie rigoureuse doit être respectée afin d'éviter toute contamination de l'échantillon par des bactéries provenant de la flore microbienne présente sur la peau de la personne pendant la ponction. Il est donc essentiel d'utiliser la combinaison de deux agents aseptisants : alcool 70 % et chlorhexidine.

Étapes exécutoires	Justifications
22 Retirer le capuchon protecteur de l'aiguille du microperfuseur à ailettes.	
23 Tendre la peau avec le pouce de la main non dominante environ 3,5 à 5 cm sous le site de ponction.	Afin de stabiliser la veine.

Étapes exécutoires		Justifications
24 **Saisir les ailettes du microperfuseur et orienter le biseau de l'aiguille vers le haut.**		Afin de faciliter l'insertion de l'aiguille au centre de la veine.
Introduire l'aiguille à un angle maximal de 30°, selon le site choisi.		Car un angle plus important risquerait de perforer la paroi postérieure de la veine.
Lorsqu'elle est dans la veine, poursuivre l'insertion de 2 à 3 mm. Un retour de sang est visible dans la tubulure du microperfuseur lorsque celui-ci se trouve dans la veine.		Afin de s'assurer que le biseau est au centre de la veine et ainsi d'obtenir un écoulement optimal de sang.
25 **Tenir les ailettes fermement avec la main non dominante afin d'immobiliser l'aiguille.**		Pour éviter que l'aiguille se déplace et perfore la paroi postérieure de la veine au moment de l'insertion de la bouteille.
26 **De la main dominante, insérer la bouteille aérobie dans le barillet et dénouer le garrot dès que le sang afflue dans la bouteille.**		Afin d'éviter l'hémoconcentration qui peut affecter les prélèvements suivants.
27 **Abaisser la bouteille sous le niveau de la ponction en la tenant à la verticale** pour bien visualiser la marque indiquant la quantité de sang à prélever.		Pour permettre à la bouteille de se remplir sans risque de retour accidentel du bouillon de culture vers la veine de la personne.
28 **Retirer la bouteille aérobie du barillet lorsque le volume de sang à prélever est atteint.**		
Mélanger délicatement le contenu de la bouteille en la retournant quelques fois dès le prélèvement terminé.		Pour éviter l'hémolyse qui fausserait les résultats.

Étapes exécutoires	Justifications
29 **Répéter les étapes 26 à 28 avec la bouteille anaérobie.**	Car la tubulure est exempte d'air à la suite du prélèvement aérobie.

N'OUBLIEZ PAS 

Dans de rares établissements, il est demandé d'effectuer le prélèvement à l'aide d'une seringue de 20 mL et d'une aiguille de calibre 21 de 2,5 cm. Il faut alors prélever 20 mL de sang et injecter 10 mL dans chaque bouteille en commençant par la bouteille aérobie et en y injectant d'abord un peu d'air. Or, cette méthode comporte plusieurs manipulations qui risquent de contaminer le prélèvement en plus d'augmenter le risque de piqûres accidentelles avec l'aiguille. Elle n'est donc pas à privilégier.

Étapes exécutoires	Justifications
30 **Placer une compresse ou une ouate sur le site de ponction et retirer l'aiguille** du microperfuseur sans appliquer de pression sur cette dernière. **Jeter le microperfuseur à ailettes et le barillet dans un contenant biorisque.** 	Car exercer une pression directement sur l'aiguille au moment de la retirer peut endommager la veine.
31 **Appliquer une légère pression** (de 15 à 30 secondes) **sur le site de ponction, puis demander à la personne de continuer** à appliquer une pression pendant 2 ou 3 minutes. Maintenir la compresse ou la ouate sur le site de ponction avec un ruban adhésif. Dans le cas d'une personne sous anticoagulothérapie, appliquer une pression ferme pendant au moins cinq minutes.	Afin d'entraîner une obstruction mécanique qui provoque l'hémostase (arrêt d'une hémorragie).

ALERTE CLINIQUE

Risque d'hématome

Il ne faut pas faire plier le bras de la personne, car un hématome pourrait alors se former.

Étapes exécutoires	Justifications
32 **Nettoyer les bouteilles avec un tampon d'alcool 70 % si elles sont souillées.**	Pour prévenir une contamination avec le sang de la personne.
33 **Retirer le piqué ou la serviette et en disposer de manière appropriée.**	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes exécutoires	Justifications
34 **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
35 **Apposer une étiquette identifiant la personne en présence de celle-ci** (double vérification) **sur chacune des bouteilles en évitant de couvrir leurs codes à barres.**	Pour éviter les erreurs d'identification et permettre au personnel de laboratoire de procéder à la saisie par balayage (scannage) des bouteilles.

Étapes postexécutoires	Justifications
36 **Placer les bouteilles identifiées dans un sac de transport biorisque et la requête dans la pochette extérieure.** **N'OUBLIEZ PAS !** Il est habituellement demandé de répéter les hémocultures dans un délai de 30 à 60 minutes et de changer de site de ponction chaque fois. Comme toutes les bouteilles se retrouveront ensemble au laboratoire, il est important de préciser sur les bouteilles et les requêtes la série d'hémocultures qui a été faite en premier, en y inscrivant « I », et celle qui a été faite en deuxième, en y inscrivant « II ».	Pour assurer le transport des matières biologiques de manière sécuritaire et éviter de contaminer la requête.
37 à 41 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
42 **Acheminer rapidement le sac de prélèvement au laboratoire** aux fins d'analyse.	Afin de permettre une stabilité de l'échantillon et de placer les bouteilles dans un incubateur pour faciliter la croissance des bactéries si elles sont présentes dans l'échantillon. Tout retard peut entraîner une altération des échantillons, une modification des résultats d'analyses et un retard dans le début du traitement de la personne.
43 **Discuter des valeurs obtenues avec la personne.**	Afin de la sensibiliser à son état de santé et de l'inciter à collaborer au plan de traitement.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date, l'heure et le site de prélèvement.
- Les raisons justifiant l'hémoculture (fièvre, manifestations d'hyperthermie observées, etc.).
- Toute douleur, rougeur ou réaction indésirable au moment du prélèvement ou dans les minutes qui le suivent (p. ex. une ecchymose). **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Amélie Boucher **Dossier 987123**

2021-04-28 21:00 T° bucc. 39,1 °C ; F.R. 24/min, amplitude N ; F.C. 112/min, RR, P filant ; P.A. 90/60 mm Hg. Hémocultures #1 MG.

2021-04-28 21:30 Hémocultures #2 PCG. Lou Volny, inf.

Notes

SECTION

5 Administration des médicaments

RÉDACTION : **Carole Lemire**, inf., M. Éd.
RÉDACTION DES MÉTHODES 5.7 ET 5.14 : **Vitalie Perreault**, inf., M. Sc.
RÉVISION SCIENTIFIQUE : **Marie-Christine Bertrand**, inf., M. Sc. ; **Cynthia Lamontagne**, inf., B. Sc., M. Éd. ; **Ruth Eneida Molina**, inf., B. Sc., ICSG(C)

EN LIEN avec mes méthodes



Ressources en ligne

- Vidéo MS 5.9
- Vidéo MS 5.11
- Vidéo MS 5.14
- Grilles d'observation
- Solutionnaire – Questions liées aux situations cliniques

Manuel

Chapitre 13 – Oxygénation, p. 358
Chapitre 27 – Administration des médicaments, p. 878

Guide d'étude

J'optimise mes apprentissages en effectuant les activités proposées au chapitre 13, p. 51 à 54, et au chapitre 27, p. 111 à 116.

Étapes préexécutoires communes aux méthodes de la section 5

Ces étapes constituent les considérations et les actions préexécutoires communes aux méthodes liées à l'administration des médicaments. Elles assurent l'application appropriée des principes de soins et sont regroupées en début de section afin d'alléger le texte de chacune des méthodes.

Étapes préexécutoires communes	Justifications
A **Préparer les médicaments d'une seule personne à la fois.**	Pour éviter les erreurs et assurer une administration sécuritaire.
B **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).**	Car c'est le document légal autorisant l'administration des médicaments par l'infirmière (activité réservée). Cette vérification permet de s'assurer que l'ordonnance est lisible et précise, et qu'elle concorde avec la FADM.
C **Prendre les médicaments de la personne** (casier à médicaments de la pharmacie ou chariot à médicaments) et comparer les étiquettes avec la FADM.	Pour éviter les erreurs et assurer une administration sécuritaire.
D **Au besoin, recalculer la dose** de médicament à administrer.	Pour éviter les erreurs et assurer une administration sécuritaire.
E **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments,** communément appelés les **« 7 bons »**, pour chaque médicament : 1. le bon médicament ; 2. à la bonne dose ; 3. à la bonne personne ; 4. par la bonne voie d'administration ; 5. au bon moment ; 6. en produisant la bonne documentation (exactitude de l'inscription de l'administration du médicament sur la FADM ou au dossier de la personne) ; 7. en assurant la bonne surveillance des effets attendus et des effets indésirables des médicaments administrés. **ALERTE CLINIQUE** **Les 5 premiers « bons »** La vérification des 5 premiers « bons » doit se faire : 1. avant la préparation du médicament ; 2. lorsque le contenant du médicament est rangé à sa place, le cas échéant ; 3. pendant la préparation du médicament ; 4. au moment de l'administration du médicament à la personne.	Pour assurer une administration sécuritaire et adéquate du médicament.
F **Vérifier la date d'expiration** de chaque médicament. Ne pas administrer un médicament dont la date d'expiration est dépassée. Pour les contenants multidoses, vérifier aussi la date d'ouverture, le cas échéant.	Car un médicament périmé peut être instable sur le plan chimique, être inefficace ou avoir des effets nuisibles.

	Étapes préexécutoires communes	Justifications
G	**S'assurer de connaître le médicament** (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2020) : • son effet thérapeutique ; • sa classe ; • son mécanisme et son pic d'action ; • ses effets indésirables ; • ses conditions d'administration ; • sa posologie usuelle selon le type de clientèle ; • ses contre-indications ; • ses éventuelles interactions avec d'autres médicaments ; • les éléments de surveillance clinique.	Afin d'administrer le médicament de façon sécuritaire et de surveiller les réactions de la personne au traitement, de même que l'apparition d'effets indésirables.
H	**Vérifier les antécédents médicaux de la personne** ainsi que ses allergies médicamenteuses ou alimentaires. Le cas échéant, s'assurer que la personne porte un bracelet indiquant ses allergies. **ALERTE CLINIQUE** **Allergie médicamenteuse** Il ne faut pas administrer à la personne un médicament auquel elle est allergique.	Pour prévenir une réaction allergique ou indésirable à la suite de l'administration d'un médicament.
I	**Vérifier si la personne prend d'autres médicaments** d'ordonnance ou offerts en vente libre, comme des produits naturels.	Pour prévenir une interaction médicamenteuse entre les médicaments administrés et ceux pris par la personne de manière autonome.
J	**Relire l'étiquette du contenant à médicament et appliquer de nouveau les 5 premiers « bons ».**	Pour éviter les erreurs et assurer une administration sécuritaire.
K	**Utiliser un godet de carton** pour les comprimés et les gélules **ou un godet de plastique** gradué pour les liquides.	Afin d'assurer un transport sécuritaire des médicaments.
L	**Apporter les médicaments à la personne à l'heure prescrite** ou, au plus tard, dans les 30 minutes qui précèdent ou qui suivent l'heure prescrite.	Afin de maximiser l'effet thérapeutique visé.
M	**Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.** Demander à la personne de se nommer et de donner sa date de naissance, et comparer ces renseignements avec ceux inscrits sur son bracelet d'identité. S'assurer que la personne porte un bracelet d'identité conforme et lisible.	Car le bracelet d'identité constitue la source la plus fiable pour l'identifier. Il doit être mis au poignet de la personne dès son admission dans l'établissement. Vérifier le nom de la personne uniquement de façon orale est déconseillé en raison du risque d'erreur (p. ex. chez une personne désorientée).
	ÉVALUATION	
N	**Évaluer les connaissances de la personne** concernant son état de santé et les médicaments qu'elle doit recevoir.	Afin de déterminer ses besoins en matière d'enseignement.

Étapes préexécutoires communes	Justifications
0 **Enseigner à la personne les effets attendus, l'action et les effets indésirables possibles** de chacun de ses médicaments. L'encourager à poser des questions sur ce qu'elle ne comprend pas.	Car c'est la responsabilité de l'infirmière de donner un enseignement approprié à la personne au sujet de ses médicaments. Les connaissances acquises par la personne favorisent son adhésion au traitement.
Adapter l'enseignement à son degré de compréhension.	Le choix d'une méthode d'enseignement appropriée aux besoins de la personne facilite sa compréhension.
ÉVALUATION P **Évaluer la capacité de la personne à s'administrer elle-même les médicaments,** si cela est possible.	Afin de déterminer le soutien qu'exige l'état de la personne.
0 **Ne jamais laisser les médicaments sans surveillance au chevet de la personne,** sauf si celle-ci participe à un programme d'autogestion des médicaments.	Car l'infirmière a la responsabilité de s'assurer que la personne a pris ses médicaments. Cette précaution évite qu'une autre personne les prenne à sa place ou que les médicaments soient contaminés ou égarés.

Notes



Administration de médicaments par voie orale

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Rassembler tout le matériel nécessaire.
3. Procéder à l'hygiène des mains.
4. **Préparer les médicaments d'une seule personne à la fois.**
5. **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).**
6. **Prendre les médicaments de la personne.**
7. **Au besoin, recalculer la dose.**
8. **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments (« 7 bons »).**
9. **Vérifier la date d'expiration.**
10. **S'assurer de connaître le médicament.**
11. **Vérifier les antécédents médicaux de la personne.**
12. **Vérifier si la personne prend d'autres médicaments.**
13. **Relire l'étiquette du contenant à médicament et appliquer de nouveau les 5 premiers « bons ».**
14. **Apporter les médicaments à la personne à l'heure prescrite.**
15. **Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.**
16. Expliquer la procédure de soins à la personne.
17. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
18. **Évaluer les connaissances de la personne.**
19. **Enseigner à la personne les effets attendus, l'action et les effets indésirables possibles.**
20. **Vérifier s'il y a des contre-indications.**
21. **Vérifier la capacité de la personne à avaler.**

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

22. **Procéder à l'administration des médicaments.**
    - 22.1 **Préparer et administrer des comprimés, des gélules ou des capsules.**
    - 22.2 **Préparer et administrer un médicament liquide.**
23. **Demeurer auprès de la personne jusqu'à ce qu'elle ait avalé chaque médicament. Lui demander d'ouvrir la bouche pour vérifier, en cas de doute.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

24. **Jeter le matériel souillé.**
25. Procéder à l'hygiène des mains.
26. **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament.**
27. **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription au dossier de la personne.**
28. **Évaluer l'état de la personne.**
29. **Si la personne présente une réaction allergique ou des effets indésirables, aviser rapidement le médecin traitant ou l'infirmière responsable.**
30. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
31. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

MS 5.1

SITUATION CLINIQUE

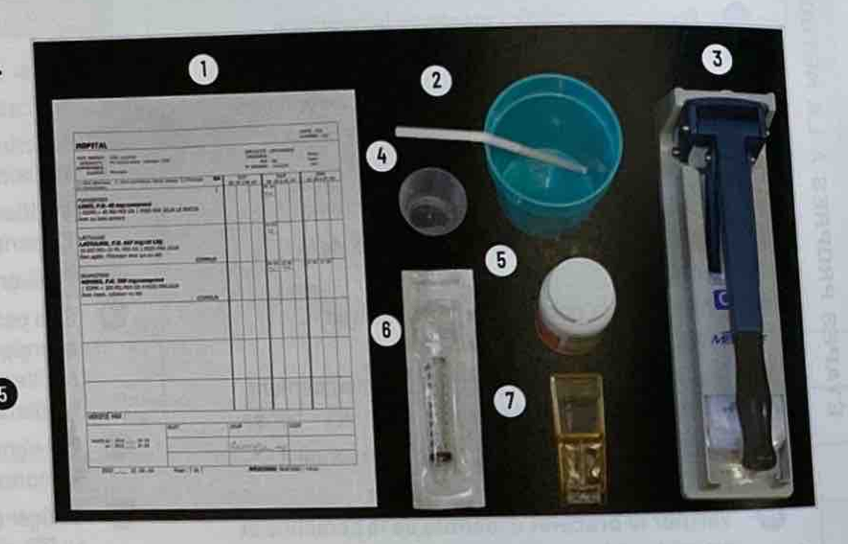
CHARLES JEAN-BAPTISTE, 72 ans, est hospitalisé pour une décompensation de son insuffisance cardiaque. Atteint de dégénérescence maculaire, il est aveugle depuis plusieurs années. Il présente un œdème à godet de degré 1 aux membres inférieurs, et des crépitants fins sont entendus à l'auscultation pulmonaire. Vous devez préparer les médicaments de 8 h 30.

Notions de base

Afin d'éviter les erreurs dans l'administration des médicaments, il s'avère essentiel de respecter, comme le recommande l'Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ), la norme d'exercice pour l'administration sécuritaire des médicaments (OIIQ, 2020). Il faut notamment maîtriser les sept bons principes d'administration des médicaments et les méthodes de calcul des doses, et avoir une connaissance adéquate des effets attendus et des effets indésirables des médicaments administrés, ainsi que des interactions possibles et potentielles avec les autres médicaments que la personne prend.

Matériel

- Feuille d'administration des médicaments (FADM) 1
- Verre d'eau ou de jus et paille, au besoin 2
- Écrase-pilule (si les médicaments doivent être broyés) 3
- Godets de carton ou de plastique (gradué) 4
- Médicaments dans leur contenant 5
- Seringue sans aiguille 6
- Coupe-pilule 7



Étapes préexécutoires	Justifications
1 à 3 Effectuer les étapes A, C et D présentées à la page 1 (étapes préexécutoires générales).	
4 à 15 Effectuer les étapes A à J, L et M présentées aux pages 208 et 209 (étapes préexécutoires communes).	
16 et 17 Effectuer les étapes F et G présentées à la page 2 (étapes préexécutoires générales).	
18 et 19 Effectuer les étapes N et O présentées aux pages 209 et 210 (étapes préexécutoires communes).	

Étapes préexécutoires	Justifications
ÉVALUATION 	
Vérifier s'il y a des contre-indications à l'administration des médicaments : • La personne souffre-t-elle de nausées ou de vomissements ? • Est-elle atteinte d'une maladie inflammatoire de l'intestin ? • Présente-t-elle une diminution ou une augmentation du péristaltisme ? • A-t-elle subi récemment une intervention chirurgicale ou gastro-intestinale ? • Présente-t-elle de la dysphagie ou une altération de l'état de conscience ? • Est-elle porteuse d'une sonde nasogastrique sous succion intermittente ou continue ? Le cas échéant, ne pas administrer le médicament et en aviser le médecin.	Car les perturbations de la fonction gastro-intestinale compromettent l'absorption des médicaments.
ÉVALUATION	
21 **Vérifier la capacité de la personne à avaler.** Évaluer les risques de bronchoaspiration (présence du réflexe de déglutition). Si le réflexe de déglutition est absent, en aviser le médecin afin que celui-ci prescrive une autre voie d'administration.	Car l'administration des médicaments par voie orale est contre-indiquée si le réflexe de déglutition est absent en raison du risque d'étouffement et de bronchoaspiration.

Étapes exécutoires	Justifications
22 **Procéder à l'administration des médicaments** selon l'une des méthodes suivantes. **22.1** Préparer et administrer des comprimés, des gélules ou des capsules. **22.2** Préparer et administrer un médicament liquide.	
22.1 Préparer et administrer des comprimés, des gélules ou des capsules.	
22.1.1 S'il s'agit d'un analgésique opioïde, demander l'autorisation de déverrouiller l'armoire à analgésiques opioïdes ou utiliser le chariot à médicaments. Consulter le registre des analgésiques opioïdes, vérifier le compte précédent et comparer la quantité de médicaments inscrite à celle qui reste. Prendre la dose prescrite, puis remplir le registre, le dater et le signer.	Car le *Règlement sur les stupéfiants* (C.R.C., chapitre 1041) stipule que les opioïdes doivent être conservés dans une armoire verrouillée et faire l'objet d'un contrôle strict.
N'OUBLIEZ PAS  Si une dose d'opioïde plus petite que la dose prise dans l'armoire ou le chariot à médicaments doit être administrée, la signature d'une deuxième infirmière est requise afin de témoigner que la dose excédentaire a bel et bien été jetée.	

MS 5.1

Étapes exécutoires	Justifications
22.1.2 Verser les comprimés, les gélules ou les capsules dans le bouchon du contenant à médicament.  Les transférer dans le godet à l'aide du bouchon en évitant de les toucher avec les doigts.	Afin d'éviter de les contaminer pendant leur manipulation.
Remettre dans le contenant les comprimés, gélules ou capsules prélevés en trop.	
Si le comprimé doit être fractionné, le séparer à l'aide d'un coupe-pilule sur la rainure transversale en son milieu. Se défaire de la section non utilisée selon les protocoles de l'établissement (la remettre dans le contenant à médicament ou la jeter à l'endroit approprié).	

N'OUBLIEZ PAS 

Sauf s'il doit être modifié (fractionné, broyé ou mélangé à une purée), un médicament qui se présente sous une forme unidose doit être laissé dans son emballage. L'infirmière doit attendre d'être dans la chambre, au chevet de la personne, avant d'ouvrir le sachet et de lui remettre le médicament.

Étapes exécutoires	Justifications
22.1.3 Déposer dans le même godet les comprimés, les gélules ou les capsules qui doivent être administrés à la personne à la même heure.	
Les comprimés qui viennent dans des sachets unidoses doivent être laissés dans leur emballage.	
Placer dans un contenant à part les médicaments pour lesquels il est essentiel de vérifier certains paramètres avant l'administration (p. ex. mesurer la fréquence cardiaque ou la pression artérielle).	Afin d'éviter d'administrer un médicament sans avoir effectué le contrôle requis.
22.1.4 Si la personne éprouve de la difficulté à avaler les comprimés, les gélules ou les capsules, demander au médecin de prescrire le médicament sous forme liquide.  Si l'on ne peut obtenir le médicament sous forme liquide, procéder comme suit.	

Étapes exécutoires	Justifications
a) Comprimé : utiliser un écrase-pilule pour le broyer, puis le mélanger à une petite quantité d'aliments en purée.	Car les gros comprimés sont parfois difficiles à avaler. La personne pourra préférer un comprimé broyé plus facile à ingérer.
b) Gélule : prélever le liquide contenu à l'intérieur de la gélule à l'aide d'une seringue ou perforer la gélule et la comprimer pour en extraire le liquide. Le transférer dans un godet en plastique.	
c) Capsule : l'ouvrir et mélanger le médicament à une petite quantité d'aliments en purée.	Le fait de mélanger le médicament à une purée (yogourt ou compote de pommes) évite que la personne s'étouffe ou qu'elle aspire des particules de médicament.

ALERTE CLINIQUE

Précautions en cas de manipulation du médicament

Il ne faut pas ouvrir les capsules avant de les administrer, sauf si la personne ne peut les avaler et que le pharmacien autorise cette façon de faire.

Il est important de toujours vérifier si un comprimé peut être broyé ou fractionné (présence de rainure), si une capsule peut être ouverte et si le contenu d'une gélule peut être retiré sans que cela nuise à son effet thérapeutique. L'infirmière doit consulter le pharmacien ou les recommandations du fabricant à cet effet.

Étapes exécutoires	Justifications
22.1.5 Remettre ses médicaments à la personne. Lui offrir de l'eau ou du jus et, au besoin, une paille. Si la personne est incapable de prendre les médicaments elle-même, approcher le godet de ses lèvres et, dans le cas de comprimés ou de gélules, les introduire délicatement dans sa bouche, un à la fois, au moyen du godet.	Avaler un seul comprimé ou une seule gélule à la fois est plus facile et réduit le risque d'aspiration bronchique.

N'OUBLIEZ PAS 

Avant d'administrer un médicament à la personne, il est impératif de vérifier son identité en lui demandant de se nommer et de donner sa date de naissance, puis en vérifiant ces informations sur son bracelet d'identité. Cette double vérification permet d'éviter une erreur d'identification.

SITUATION CLINIQUE

Avant de remettre à monsieur Jean-Baptiste le godet de médicaments, quelle précaution — essentielle dans la situation actuelle — devez-vous toujours prendre ?

Étapes exécutoires	Justifications
22.1.6 Préciser à la personne comment avaler le médicament en fonction de son mode d'absorption.	
a) Médicament à administrer par voie sublinguale : demander à la personne de placer le médicament sous la langue jusqu'à ce qu'il soit complètement dissous.	Le médicament doit être absorbé par les vaisseaux sanguins sous la langue. Si la personne l'avale, le début d'action du médicament se fera ultérieurement. Celui-ci pourrait aussi être détruit par les sucs gastriques, ce qui réduirait sa concentration sanguine et nuirait à son effet thérapeutique.

Étapes exécutoires	Justifications
La personne ne doit pas manger ni prendre de liquides, ni fumer avant la dissolution complète du médicament.	La présence d'aliments ou de liquides peut favoriser la libération d'enzymes susceptibles de nuire au principe actif du médicament. La nicotine provoque une vasoconstriction des vaisseaux sanguins et ralentit l'absorption du médicament.
b) Médicament à administrer par voie buccogingivale : demander à la personne de maintenir le médicament contre les muqueuses de la joue, jusqu'à ce qu'il soit complètement dissous.	Un médicament doit demeurer dans la bouche pour agir localement.
La personne ne doit pas manger ni prendre de liquides, ni fumer avant la dissolution complète du médicament.	La nicotine provoque une vasoconstriction des vaisseaux sanguins et ralentit l'absorption du médicament.
c) Médicament en poudre et comprimé effervescent : attendre d'être au chevet de la personne pour le mélanger avec un liquide. L'administrer dès qu'il est dissous.	Un médicament en poudre risque de s'épaissir ou même de durcir s'il est mélangé au liquide à l'avance.
d) Médicament sous forme de pastille : dire à la personne de ne pas mâcher ni avaler les pastilles, mais de les laisser fondre dans la bouche.	Le médicament doit être absorbé lentement par les muqueuses buccales et non par la muqueuse gastrique.
Passer à l'étape 23.	

N'OUBLIEZ PAS 

Un médicament qui touche le sol ou toute autre surface non stérile est considéré comme contaminé. L'infirmière doit alors le jeter dans le contenant prévu à cet effet et en préparer un nouveau.

Étapes exécutoires	Justifications
22.2 Préparer et administrer un médicament liquide.	
22.2.1 S'il s'agit d'un analgésique opioïde, demander l'autorisation de déverrouiller l'armoire à analgésiques opioïdes ou utiliser le chariot à médicaments.	Car le *Règlement sur les stupéfiants* (C.R.C., chapitre 1041) stipule que les opioïdes doivent être conservés dans une armoire verrouillée et faire l'objet d'un contrôle strict.
Consulter le registre des analgésiques opioïdes, vérifier le compte précédent et comparer la quantité de médicaments inscrite à celle qui reste.	
Prendre la dose prescrite, puis remplir le registre, le dater et le signer.	

N'OUBLIEZ PAS 

Si une dose d'opioïde plus petite que la dose prise dans l'armoire ou le chariot à médicaments doit être administrée, la signature d'une deuxième infirmière est requise afin de témoigner que la dose excédentaire a bel et bien été jetée.

Étapes exécutoires	Justifications
22.2.2 Retirer le bouchon du contenant et le déposer sur une surface propre, sa partie extérieure contre le comptoir. 	Afin d'éviter que la partie intérieure du bouchon entre en contact avec des agents pathogènes qui pourraient contaminer la solution.
22.2.3 Tenir le contenant gradué à la hauteur des yeux et y verser la quantité de médicament prescrite.	Tenir le contenant à cette hauteur assure une mesure précise.
Éviter de souiller l'étiquette de la bouteille pendant la manœuvre.	Car une étiquette souillée peut être plus difficile à lire.
Verser tout liquide excédentaire dans un sac à déchets biomédicaux ou un contenant biorisque.	Santé Canada recommande de ne jeter aucun médicament dans l'évier, une poubelle ou les toilettes.
22.2.4 Utiliser une seringue sans aiguille pour mesurer un volume inférieur à 10 mL. La quantité de médicament prescrite peut ensuite être versée dans un contenant gradué afin de faciliter son administration. 	Afin d'assurer la précision de la mesure.
22.2.5 Donner à la personne le médicament liquide dans le contenant gradué ou utiliser la seringue sans aiguille pour l'administrer, au besoin.	
Demeurer auprès de la personne jusqu'à ce qu'elle ait avalé chaque médicament. Lui demander d'ouvrir la bouche pour vérifier, en cas de doute.	Car l'infirmière est tenue de s'assurer que la personne prend le médicament prescrit.

Étapes postexécutoires	Justifications
Jeter le matériel souillé selon le protocole en vigueur dans l'établissement.	Afin de réduire le risque de contamination et d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
Procéder à l'hygiène des mains.	

Étapes postexécutoires	Justifications
26 **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament** ainsi que le nom et la dose du médicament administré. Signer la FADM. (*Voir l'exemple de FADM, à la page 220.*)	Afin d'assurer le respect de l'horaire d'administration.



N'OUBLIEZ PAS

En vertu du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, l'enregistrement des étapes de préparation et d'administration des médicaments au dossier de la personne est une obligation juridique (S-5, r. 5, art. 53, par. 3.1; art. 55, par. 6.1; art. 56, par. 5.1) et doit comprendre le nom du médicament, la dose administrée, ainsi que la voie, la date et l'heure d'administration.

Étapes postexécutoires	Justifications
27 **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription** de l'administration du médicament **au dossier de la personne.** Ranger la FADM.	Afin d'assurer un suivi adéquat. Cette étape consolide le « 6ᵉ bon ».



ÉVALUATION

Étapes postexécutoires	Justifications
28 **Évaluer l'état de la personne** à la suite de la prise du médicament, soit après 15 à 45 minutes, selon le pic d'action associé à la voie d'administration.	Afin d'assurer le suivi clinique nécessaire, de déterminer l'efficacité du médicament et de détecter l'apparition d'effets indésirables ou de réactions allergiques. Cette étape correspond au « 7ᵉ bon ».
29 **Si la personne présente une réaction allergique ou des effets indésirables, aviser rapidement le médecin traitant ou l'infirmière responsable.**	Afin que le médecin modifie l'ordonnance et que l'équipe traitante prenne les mesures requises.

ALERTE CLINIQUE

Réaction indésirable au médicament

En présence de réactions indésirables, il faut cesser l'administration du médicament en raison du risque de réaction allergique ou de choc anaphylactique et en aviser le médecin traitant.

30 et **31** Effectuer les étapes **D** et **E** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- Dans le cas de l'administration d'un médicament prn :
  - l'état de la personne avant l'administration du médicament ;
  - les signes vitaux ;
  - la glycémie capillaire si requise ;
  - la date et l'heure de l'administration du médicament ;
  - le nom du médicament, la dose administrée et la voie d'administration ;
  - les raisons justifiant l'administration du médicament et le degré de soulagement de la personne ;
  - la réaction de la personne (p. ex. refus) et sa collaboration.
- Toute réaction anormale ou indésirable (p. ex. réaction allergique) survenue à la suite de l'administration du médicament. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

ÉLÉMENTS À CONSIGNER SUR LA FADM

- L'heure d'administration du médicament.
- Votre signature, votre titre et vos initiales aux endroits appropriés.
- Toute autre indication exigée par l'établissement (p. ex. rature de l'heure une fois le médicament administré).



Feuille d'administration des médicaments – Soins infi...

Nom : JEAN-BAPTISTE, CHARLES
Dossier : 456789
Âge : 72 ans
Date de naissance : 1948-05-21
Poids (kg) :
Allergie(s)
Taille (cm) :
SC (m^2) :
Intolérance(s) :
Clcr :
Médecin : Matte, Louise
Chambre : 3486

Médicaments Légende : refusé (R), sortie temporaire (S), non donné (N), à jeun (J)		NUIT 00:00 à 08:00 Heures – Initiales	JOUR 08:00 à 16:00 Heures – Initiales	SOIR 16:00 à 00:00 Heures – Initiales
Médication régulière				
Colace 100 mg, 1 caps. PO bid (docusate)	2021-05-05/2021-05-12		08:30 CL	19:00
Accupril 10 mg, 1 co. PO die (quinapril)	2021-05-05/2021-05-12		08:30 CL	
Lasix 40 mg, 1 co. PO bid (furosemide)	2021-05-05/2021-05-12		08:30 CL	17:00
K-Dur 20 mEq, 1 co. PO bid (gluconate de potassium)	2021-05-05/2021-05-12		08:30 CL	17:00
Médication prn				
Glycérine, 1 supp. I.R., die si constipation	2021-05-05/2021-05-12			

Signature complète de l'infirmière et initiales				
Vitalie Perreault, inf.	VP	Carole Lemire, inf.	CL	

Valide du 7 mai 2021 23:59 au 8 mai 2021 23:59 **Vérifiée par :** VP **Heure** 01 : 30 **Page** 1 **de** 1

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Rassembler tout le matériel nécessaire.
3. Procéder à l'hygiène des mains.

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

4. **Préparer les médicaments d'une seule personne à la fois.**
5. **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).**
6. **Prendre les médicaments de la personne.**
7. **Au besoin, recalculer la dose.**
8. **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments (« 7 bons »).**
9. **Vérifier la date d'expiration.**
10. **S'assurer de connaître le médicament.**
11. **Vérifier les antécédents médicaux de la personne.**
12. **Vérifier si la personne prend d'autres médicaments.**
13. **Relire l'étiquette du contenant à médicament et appliquer de nouveau les 5 premiers « bons ».**
14. **Apporter les médicaments à la personne à l'heure prescrite.**
15. **Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.**
16. Expliquer la procédure de soins à la personne.
17. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
18. Assurer le maintien d'un environnement propre.
19. Assurer l'intimité de la personne.
20. Régler la hauteur du lit.
21. **Évaluer les connaissances de la personne.**
22. **Enseigner à la personne les effets attendus, l'action et les effets indésirables possibles.**
23. **Ne jamais laisser les médicaments sans surveillance au chevet de la personne.**
24. **Examiner l'oreille externe (hélix, tragus, lobule) et, à l'aide de l'otoscope, évaluer l'état du conduit auditif externe (CAE) et du tympan.**
25. **Vérifier la présence de fièvre, de douleur ou d'étourdissements.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

26. **Réchauffer tout médicament gardé au froid.**
27. **Mettre des gants non stériles.**
28. **Procéder à l'instillation des gouttes ou de la solution dans le conduit auditif.**
    - 28.1 **Demander à la personne de prendre la position Fowler ou de décubitus latéral.**
    - 28.2 **Retirer le bouchon du flacon.**
    - 28.3 **Tirer le pavillon de l'oreille avec la main non dominante.**
    - 28.4 **Instiller les gouttes prescrites.**
    - 28.5 **Introduire une boule de coton à l'entrée du CAE.**
    - 28.6 **Demander à la personne de maintenir sa position pendant 5 à 10 minutes.**
29. **Procéder à une irrigation auriculaire.**
    - 29.1 **Demander à la personne de prendre la position Fowler ou de décubitus latéral.**
    - 29.2 **Remplir la seringue avec l'eau tiède ou avec la solution prescrite par le médecin.**
    - 29.3 **Ajointer à la seringue un embout auriculaire ou un cathéter intraveineux court.**
    - 29.4 **Saisir délicatement le pavillon de l'oreille.**
    - 29.5 **Irriguer lentement le CAE avec la solution.**
    - 29.6 **Remplir la seringue quatre ou cinq fois par irrigation.**
    - 29.7 **Observer le liquide de retour d'irrigation et vider le haricot.**

Administration de médicaments par voie auriculaire (*suite*)

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

30 **Examiner de nouveau le CAE avec l'otoscope.**
31 **Jeter le matériel souillé.**
32 **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**
33 **Demander à la personne de se lever et de circuler dans la pièce.**
34 Réinstaller la personne dans le lit.
35 Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
36 Procéder à l'hygiène des mains.
37 **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament.**
38 **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription au dossier de la personne.**
39 Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
40 Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

SITUATION CLINIQUE

CHARLES JEAN-BAPTISTE, 72 ans, est hospitalisé pour une décompensation de son insuffisance cardiaque. Atteint de dégénérescence maculaire, il est aveugle depuis plusieurs années. Lors de la visite de sa fille, cette dernière mentionne que, depuis quelque temps, son père a plus de difficulté à suivre une conversation et à bien entendre lorsqu'elle lui parle au téléphone. À l'examen physique, vous observez avec l'otoscope la présence d'un bouchon de cérumen dans l'oreille gauche de monsieur Jean-Baptiste. Avant de procéder à une irrigation auriculaire, le médecin prescrit de l'huile minérale pour trois jours.

Notions de base

L'instillation de gouttes ou d'une solution dans un conduit auditif permet de dégager celui-ci de particules, de bouchons de cérumen ou d'autres éléments qui l'obstruent. L'infirmière doit connaître la terminologie associée aux oreilles afin d'éviter toute erreur d'administration.

Il importe toutefois de savoir que l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada) ne recommande pas l'utilisation de certaines abréviations couramment utilisées (A.D. pour l'oreille droite ; A.S. pour l'oreille gauche ; A.U. pour les deux oreilles) en raison du risque de confusion entre l'une ou l'autre.

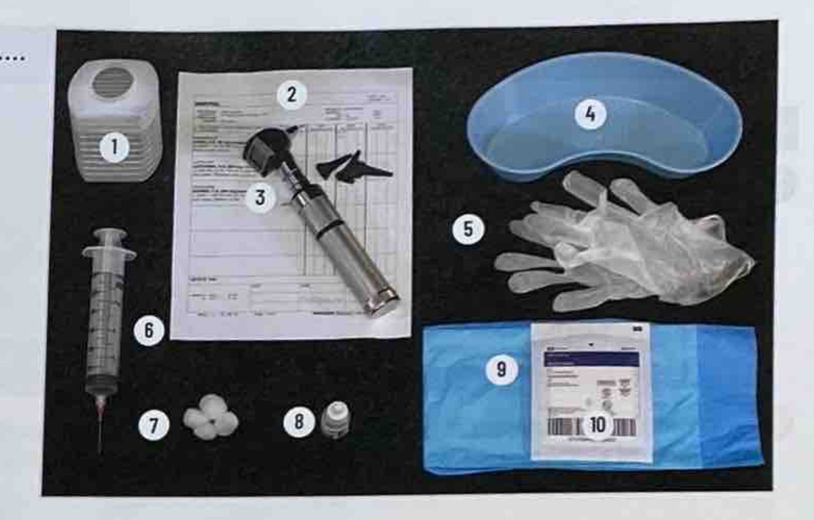
Matériel

Pour l'instillation

- Feuille d'administration des médicaments (FADM) 2
- Otoscope 3
- Gants non stériles 5
- Boules de coton 7
- Médicament prescrit 8
- Compresse 10

Pour l'irrigation

- Récipient pour l'eau d'irrigation 1
- Feuille d'administration des médicaments (FADM) 2
- Haricot pour le retour d'eau 4
- Gants non stériles 5
- Piqué jetable (ou serviette) 9
- Eau tiède du robinet ou solution prescrite
- Seringue à lavage auriculaire ou seringue de 50 mL avec embout auriculaire ou cathéter intraveineux court de type Cathlon[MD] 6



Étapes préexécutoires	Justifications
1 à 3 Effectuer les étapes A, C et D présentées à la page 1 (étapes préexécutoires générales).	
4 à 15 Effectuer les étapes A à J, L et M présentées aux pages 208 et 209 (étapes préexécutoires communes).	
16 à 20 Effectuer les étapes F à J présentées à la page 2 (étapes préexécutoires générales).	
21 à 23 Effectuer les étapes N, O et Q présentées aux pages 209 et 210 (étapes préexécutoires communes).	

ÉVALUATION



24 **Examiner l'oreille externe (hélix, tragus, lobule) et, à l'aide de l'otoscope, évaluer l'état du conduit auditif externe (CAE) et du tympan** de la personne. Consulter le dossier médical pour vérifier si la personne a déjà eu une perforation du tympan.	Car une perforation du tympan, la présence de tubes, une chirurgie récente à l'oreille ou une otorrhée sont des contre-indications à l'irrigation.
Vérifier la présence d'un corps étranger dans le CAE.	Car un corps étranger (p. ex. un pois) peut augmenter de volume en présence de liquide et exercer une pression sur le CAE.

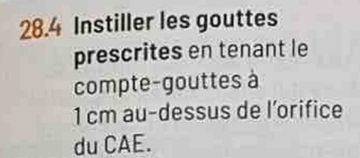
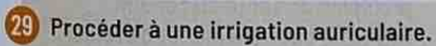
Étapes préexécutoires	Justifications
  **ÉVALUATION**	
25 **Vérifier la présence de fièvre, de douleur ou d'étourdissements.**	Car ils peuvent être symptomatiques d'une otite ; le cas échéant, ne pas faire d'irrigation.

Étapes exécutoires	Justifications
26 **Réchauffer tout médicament gardé au froid** en tenant le flacon entre les mains pendant une à deux minutes, jusqu'à ce qu'il atteigne la température du corps.	Afin d'éviter l'inconfort et la sensation d'étourdissement provoqués par l'administration d'un liquide froid dans le CAE (l'oreille a pour rôle le maintien de l'équilibre).

SITUATION CLINIQUE

Le flacon d'huile minérale qui sera instillée dans l'oreille de monsieur Jean-Baptiste est conservé à la température de la pièce. Devez-vous malgré tout le réchauffer entre vos mains avant l'administration ? Justifiez votre réponse.

Étapes exécutoires	Justifications
27 **Mettre des gants non stériles** au besoin. **N'OUBLIEZ PAS**  Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.	Pour se protéger des liquides biologiques de la personne et éviter la transmission d'agents pathogènes.
28 **Procéder à l'instillation des gouttes ou de la solution dans le conduit auditif.** **N'OUBLIEZ PAS**  Avant d'administrer un médicament à la personne, il est impératif de vérifier son identité en lui demandant de se nommer et de donner sa date de naissance, puis en vérifiant ces informations sur son bracelet d'identité. Cette double vérification permet d'éviter une erreur d'identification.	
28.1 **Demander à la personne de prendre la position Fowler ou de décubitus latéral** (sauf s'il y a contre-indication) et de tourner la tête de façon à exposer l'oreille à traiter.	Afin de faciliter l'administration du médicament.
28.2 **Retirer le bouchon du flacon** et le déposer, partie extérieure contre la table, sur une compresse ou sur une surface propre. 	Afin d'éviter que la partie intérieure du bouchon entre en contact avec des agents pathogènes qui pourraient contaminer la solution.

Étapes exécutoires	Justifications
28.3 Tirer le pavillon de l'oreille avec la main non dominante en respectant la morphologie liée à l'âge de la personne. a) Chez l'enfant de moins de trois ans : tirer vers le bas et l'arrière. b) Chez l'enfant de trois ans et plus, et chez l'adulte : tirer vers le haut et l'arrière. 	Afin de dégager le conduit auditif et d'assurer un écoulement efficace des gouttes otiques dans le pavillon.
**28.4 Instiller les gouttes prescrites** en tenant le compte-gouttes à 1 cm au-dessus de l'orifice du CAE. 	Afin d'éviter de contaminer l'embout du compte-gouttes par contact avec le CAE.
28.5 Introduire, au besoin, **une boule de coton à l'entrée du CAE.** La retirer après 15 minutes.	Afin de permettre au médicament de demeurer dans le CAE.
28.6 Demander à la personne de maintenir sa position pendant 5 à 10 minutes. Si les deux oreilles doivent être traitées, attendre 10 minutes entre chaque instillation.	Afin de permettre au liquide de descendre dans le CAE et d'éviter qu'il soit absorbé par la ouate.
Masser le tragus ou exercer une légère pression du doigt sur celui-ci sauf si le site est douloureux.	Afin de favoriser l'absorption du médicament.
Passer à l'étape 29 ou 30 selon le cas.	
**29 Procéder à une irrigation auriculaire.**	
29.1 Demander à la personne de prendre la position Fowler ou de décubitus latéral (sauf s'il y a contre-indication) et de tourner la tête de façon à exposer l'oreille à traiter.	Afin de favoriser le confort de la personne et de faciliter l'irrigation et le drainage du CAE.
Placer un piqué sous sa tête ou sur son épaule et lui demander de tenir le haricot sous l'oreille à traiter.	Afin d'éviter de souiller la literie et les vêtements de la personne.
29.2 Remplir la seringue avec l'eau tiède ou avec la solution prescrite par le médecin, en respectant la quantité recommandée selon l'âge de la personne. a) Chez l'enfant (à partir de 5 ans) : mettre de 20 à 30 mL. b) Chez l'adulte : mettre environ 50 mL.	
29.3 Ajointer à la seringue un embout auriculaire ou un cathéter intraveineux court de type Cathlon[MD] après avoir retiré le mandrin.	

Étapes exécutoires	Justifications
29.4 Saisir délicatement le pavillon de l'oreille en respectant la morphologie liée à l'âge de la personne. a) Chez l'enfant de moins de trois ans : tirer le pavillon vers le bas et vers l'arrière. b) Chez l'enfant de trois ans et plus, et chez l'adulte : tirer le pavillon vers le haut et l'extérieur.	Afin de dégager le conduit auditif et d'améliorer l'efficacité de l'irrigation.
29.5 Irriguer lentement le CAE avec la solution en dirigeant le jet vers la paroi supéro-postérieure du canal auditif. Ne pas diriger le jet sur le tympan. Maintenir l'embout auriculaire ou le cathéter à environ 1 cm au-dessus de l'orifice du CAE. Laisser le liquide s'écouler de l'oreille durant l'irrigation. 	Car une irrigation rapide peut incommoder la personne ou provoquer des nausées ou des vomissements. Afin d'éviter d'obstruer l'entrée du CAE, ce qui empêcherait la solution d'irrigation de ressortir facilement et exercerait une trop grande pression sur le tympan.
29.6 Remplir la seringue quatre ou cinq fois par irrigation ou jusqu'à ce que l'eau de retour soit claire, en respectant la quantité recommandée selon l'âge de la personne. a) Chez l'enfant (à partir de 5 ans) : utiliser de 80 à 100 mL de solution par irrigation (de 20 à 30 mL par remplissage). b) Chez l'adulte : utiliser de 200 à 250 mL de solution par irrigation (environ 50 mL par remplissage). **ALERTE CLINIQUE** **Nausées, vomissements, vertiges ou nystagmus** Il importe de vérifier fréquemment l'état de la personne. Si elle présente des nausées, des vomissements, des vertiges ou du nystagmus (mouvements désordonnés des globes oculaires), il faut immédiatement cesser l'irrigation.	
29.7 Observer le liquide de retour d'irrigation – couleur, présence de sang, de cérumen, de particules, etc. – **et vider le haricot.**	Afin de déceler la présence d'un problème de santé du conduit auditif, le cas échéant, et d'évaluer l'efficacité du traitement.

SITUATION CLINIQUE

Après avoir injecté deux seringues d'eau dans l'oreille gauche de monsieur Jean-Baptiste, vous observez un petit morceau de cérumen dans le haricot. Vous poursuivez l'irrigation avec une troisième seringue. Vous constatez que le liquide de retour est clair et qu'il ne semble pas contenir de particules de cérumen. Devez-vous poursuivre l'irrigation avec une quatrième seringue ? Justifiez votre réponse.

Étapes postexécutoires	Justifications
30 **Examiner de nouveau le CAE avec l'otoscope** afin d'en évaluer l'état.	Afin de déterminer la nécessité de reprendre le traitement ou de retirer le cérumen restant.

SITUATION CLINIQUE

Que devriez-vous observer, à l'aide de l'otoscope, lors de l'inspection de l'oreille de monsieur Jean-Baptiste ?

Étapes postexécutoires	Justifications
31 **Jeter le matériel souillé** selon le protocole en vigueur dans l'établissement.	Afin de réduire le risque de contamination et d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
32 **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.

ÉVALUATION

Étapes	Justifications
33 **Demander à la personne de se lever et de circuler dans la pièce** afin de vérifier si elle présente des étourdissements ou des pertes d'équilibre. Le cas échéant, la soutenir pendant ses déplacements. Aviser le médecin traitant ou l'infirmière responsable de la personne si les problèmes d'équilibre perdurent.	Car l'administration d'un médicament dans l'oreille peut causer des étourdissements.

34 à 36 Effectuer les étapes A à C présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).

Étapes	Justifications
37 **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament** ainsi que le nom et la dose du médicament administré. Signer la FADM. (*Voir l'extrait de la FADM, à la page suivante.*)	Afin d'assurer le respect de l'horaire d'administration.

N'OUBLIEZ PAS

En vertu du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, l'enregistrement des étapes de préparation et d'administration des médicaments au dossier de la personne est une obligation juridique (S-5, r. 5, art. 53, par. 3.1 ; art. 55, par. 6.1 ; art. 56, par. 5.1) et doit comprendre le nom du médicament, la dose administrée, ainsi que la voie, la date et l'heure d'administration.

Étapes	Justifications
38 **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription** de l'administration du médicament **au dossier de la personne.** Ranger la FADM.	Afin d'assurer un suivi adéquat. Cette étape consolide le « 6e bon ».

39 et 40 Effectuer les étapes D et E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure de l'irrigation.
- L'aspect du liquide de retour de l'irrigation et les particules de bouchon recueillies.
- L'aspect du CAE.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- Toute réaction anormale ou indésirable (p. ex. des vertiges, des nausées) survenue à la suite de l'administration du médicament. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Charles Jean-Baptiste **Dossier 456789**

2021-05-08 09:10 Irrigation oreille gauche avec 2 gtt d'huile minérale, draine cérumen abondant. Examen avec otoscope : pas de rougeur dans CAE, marteau visualisé à travers tympan translucide, aucun écoulement. Procédure bien tolérée, pas de nausées ni d'étourdissements. Carole Lemire, inf.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER SUR LA FADM

- L'heure d'administration du médicament.
- Votre signature, votre titre et vos initiales aux endroits appropriés.
- Toute autre indication exigée par l'établissement (p. ex. rature de l'heure une fois le médicament administré).

Extrait de la FADM de monsieur Charles Jean-Baptiste

Médicaments		NUIT 00:00 à 08:00	JOUR 08:00 à 16:00	SOIR 16:00 à 00:00
Médication régulière				
Huile minérale, 2 gtt dans l'oreille gauche die pour 3 jours (7, 8 et 9 mai)	2021-05-05/2021-05-12		09:00 CL	

Signature complète de l'infirmière et initiales				
Vitalie Perreault, inf.	VP	Carole Lemire, inf.	CL	

Notes



Administration de médicaments par voie nasale

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Rassembler tout le matériel nécessaire.
3. Procéder à l'hygiène des mains.
4. **Préparer les médicaments d'une seule personne à la fois.**
5. **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).**
6. **Prendre les médicaments de la personne.**
7. **Au besoin, recalculer la dose.**
8. **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments (« 7 bons »).**
9. **Vérifier la date d'expiration.**
10. **S'assurer de connaître le médicament.**
11. **Vérifier les antécédents médicaux de la personne.**
12. **Vérifier si la personne prend d'autres médicaments.**
13. **Relire l'étiquette du contenant à médicament et appliquer de nouveau les 5 premiers « bons ».**
14. **Apporter les médicaments à la personne à l'heure prescrite.**
15. **Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.**
16. Expliquer la procédure de soins à la personne.
17. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
18. Assurer le maintien d'un environnement propre.
19. Assurer l'intimité de la personne.
20. Régler la hauteur du lit.
21. **Évaluer les connaissances de la personne.**
22. **Enseigner à la personne les effets attendus, l'action et les effets indésirables possibles.**
23. **Évaluer la capacité de la personne à s'administrer elle-même les médicaments.**
24. **Ne jamais laisser les médicaments sans surveillance au chevet de la personne.**
25. **Aviser la personne qu'elle pourrait ressentir une sensation de brûlure ou de démangeaison et une sensation de suffocation.**
26. **Demander à la personne de se moucher délicatement.**
27. **Demander à la personne de se placer en position de décubitus dorsal.**
28. **Procéder à l'examen des fosses nasales.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

29. **Positionner la tête de la personne.**
30. **Mettre des gants non stériles.**
31. **Rouler doucement le contenant de médicament entre les deux mains ou l'agiter.**
32. **Introduire le compte-gouttes ou l'embout du vaporisateur dans la narine de la personne.**
33. **Administrer la quantité de gouttes ou le nombre de vaporisations prescrit.**
34. **Demander à la personne de maintenir sa position durant deux ou trois minutes.**
35. **Jeter le matériel souillé.**
36. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

37. Réinstaller la personne dans le lit.
38. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
39. Procéder à l'hygiène des mains.
40. **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament.**
41. **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription au dossier de la personne.**
42. **Évaluer l'état de la personne.**
43. **Si la personne présente une réaction allergique ou des effets indésirables, aviser rapidement le médecin traitant ou l'infirmière responsable.**
44. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
45. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

SITUATION CLINIQUE

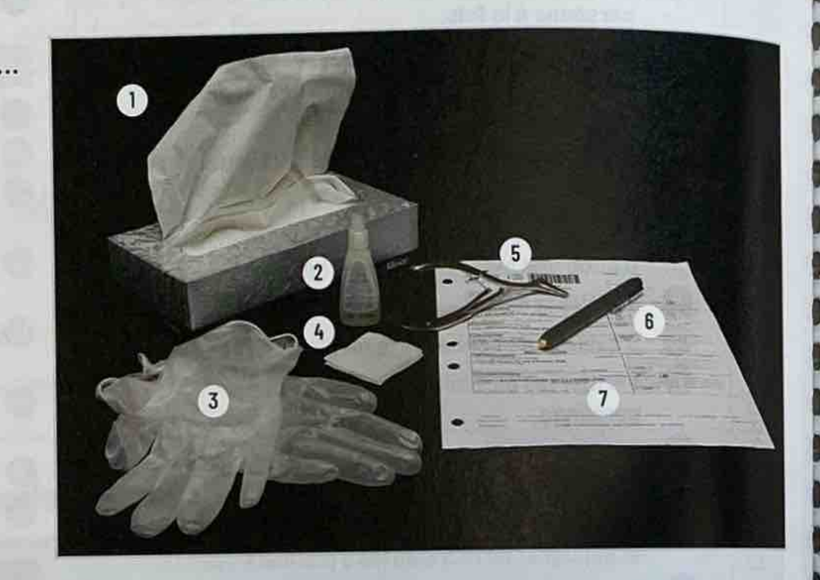
Vous travaillez en clinique de consultation externe, en collaboration avec un allergologue. **DANIELLE ST-LAURENT**, 52 ans, est atteinte de multiples allergies respiratoires : poussière, poils et plumes d'animaux, etc. Madame St-Laurent habite à la campagne et elle est en visite chez sa sœur, qui possède un chihuahua. Ce matin, ses yeux sont rouges, et elle est très congestionnée.

Notions de base

Les médicaments administrés par voie nasale servent généralement à liquéfier les sécrétions, à hydrater les muqueuses nasales et à diminuer leur inflammation. Il est recommandé d'inspecter les fosses nasales au moyen d'un otoscope ou d'une lampe de poche avant de procéder au traitement.

Matériel

- Mouchoirs de papier ❶
- Médicaments à administrer (avec compte-gouttes ou vaporisateur) ❷
- Gants non stériles ❸
- Compresses, au besoin ❹
- Spéculum nasal ❺
- Otoscope ou lampe de poche ❻
- Feuille d'administration des médicaments (FADM) ❼



Étapes préexécutoires	Justifications
1 à **3** Effectuer les étapes **A**, **C** et **D** présentées à la page 1 (étapes préexécutoires générales).	
4 à **15** Effectuer les étapes **A** à **J**, **L** et **M** présentées aux pages 208 et 209 (étapes préexécutoires communes).	
16 à **20** Effectuer les étapes **F** à **J** présentées à la page 2 (étapes préexécutoires générales).	
21 à **24** Effectuer les étapes **N** à **O** présentées aux pages 209 et 210 (étapes préexécutoires communes).	

Étapes préexécutoires	Justifications
25 **Aviser la personne qu'elle pourrait ressentir une sensation de brûlure ou de démangeaison** dans les muqueuses nasales au moment de l'instillation **et une sensation de suffocation** au moment de la descente du médicament dans la gorge.	Afin de la rassurer quant aux sensations qu'elle pourrait éprouver et de favoriser sa collaboration.
26 **Demander à la personne de se moucher délicatement,** sauf s'il y a une contre-indication (p. ex. dans le cas d'hypertension intracrânienne). En cas de saignement, exercer une pression constante sur l'arête du nez et appliquer une compresse sous la narine pour recueillir le sang.	Afin d'éliminer les sécrétions pouvant gêner l'absorption du médicament.
27 **Demander à la personne de se placer en position de décubitus dorsal.**	Afin de faciliter l'accès aux voies nasales.
28 **Procéder à l'examen des fosses nasales** à l'aide du spéculum et de l'otoscope ou de la lampe de poche.	

SITUATION CLINIQUE

Que devriez-vous observer lors de l'inspection de la cavité nasale de madame St-Laurent ?

Étapes exécutoires	Justifications
29 **Positionner la tête de la personne** en fonction du site à traiter. a) Pour atteindre le pharynx postérieur : pencher la tête de la personne vers l'arrière.	Afin que le médicament instillé puisse atteindre plus facilement le site à traiter.
b) Pour atteindre le sinus ethmoïdal ou sphénoïdal : pencher la tête de la personne vers l'arrière et placer un petit oreiller sous ses épaules.	Afin d'éviter d'étirer les muscles du cou et de créer des tensions musculaires inutiles.

Étapes exécutoires	Justifications
c) Pour atteindre le sinus frontal ou maxillaire : pencher la tête de la personne vers l'arrière et la tourner sur le côté à traiter ; placer un petit oreiller sous sa tête.	Afin de favoriser l'administration adéquate du médicament.



SITUATION CLINIQUE

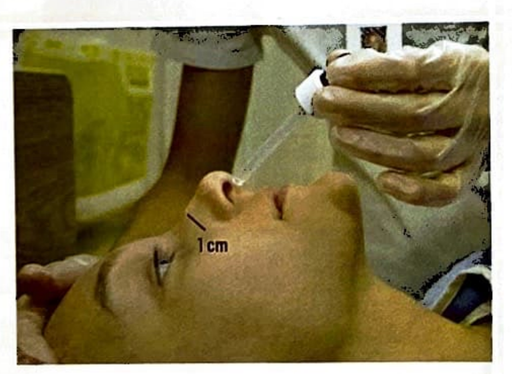
Laquelle ou lesquelles de ces positions devriez-vous utiliser dans le cas de madame St-Laurent ? Justifiez votre réponse.

Étapes exécutoires	Justifications
30 **Mettre des gants non stériles.**	Pour se protéger des liquides biologiques de la personne et éviter la transmission d'agents pathogènes.

N'OUBLIEZ PAS 

Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.

Étapes exécutoires	Justifications
31 **Rouler doucement le contenant de médicament entre les deux mains ou l'agiter** afin de bien mélanger son contenu.	Certains médicaments en suspension se déposent au fond du contenant. Bien mélanger le contenu favorise l'homogénéité de la solution.
32 **Introduire le compte-gouttes ou l'embout du vaporisateur** à environ 1 cm de profondeur **dans la narine de la personne** en évitant de toucher la paroi nasale.	Afin de permettre une meilleure instillation et une bonne absorption du médicament. Éviter de toucher la paroi nasale empêche la contamination du compte-gouttes ou de l'embout et l'irritation de la muqueuse nasale.



N'OUBLIEZ PAS 

Avant d'administrer un médicament à la personne, il est impératif de vérifier son identité en lui demandant de se nommer et de donner sa date de naissance, puis en vérifiant ces informations sur son bracelet d'identité. Cette double vérification permet d'éviter une erreur d'identification.

Étapes exécutoires	Justifications
33 **Administrer la quantité de gouttes ou le nombre de vaporisations prescrit** et attendre quelques secondes, puis traiter l'autre narine.	Afin d'éviter de bloquer simultanément les deux narines.
34 **Demander à la personne de maintenir sa position durant deux ou trois minutes.**	Afin de favoriser l'absorption du médicament.

Étapes exécutoires	Justifications
35 **Jeter le matériel souillé** selon le protocole en vigueur dans l'établissement.	Afin de réduire le risque de contamination et d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
36 **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
37 à 39 Effectuer les étapes A à C présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
40 **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament** ainsi que le nom et la dose du médicament administré. Signer la FADM. (*Voir l'extrait de la FADM, à la page suivante.*)	Afin d'assurer le respect de l'horaire d'administration.

N'OUBLIEZ PAS !

En vertu du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, l'enregistrement des étapes de préparation et d'administration des médicaments au dossier de la personne est une obligation juridique (S-5, r. 5, art. 53, par. 3.1 ; art. 55, par. 6.1 ; art. 56, par. 5.1) et doit comprendre le nom du médicament, la dose administrée, ainsi que la voie, la date et l'heure d'administration.

41 **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription** de l'administration du médicament **au dossier de la personne.** Ranger la FADM.	Afin d'assurer un suivi adéquat. Cette étape consolide le « 6[e] bon ».

ÉVALUATION

42 **Évaluer l'état de la personne** à la suite de la prise du médicament, soit après 15 à 45 minutes, selon le pic d'action associé à la voie d'administration.	Afin d'assurer le suivi clinique nécessaire, de déterminer l'efficacité du médicament et de détecter l'apparition d'effets indésirables ou de réactions allergiques. Cette étape correspond au « 7[e] bon ».
43 **Si la personne présente une réaction allergique ou des effets indésirables, aviser rapidement le médecin traitant ou l'infirmière responsable.**	Afin que le médecin modifie l'ordonnance et que l'équipe traitante prenne les mesures requises.

ALERTE CLINIQUE

Réaction indésirable au médicament

En présence de réactions indésirables, il faut cesser l'administration du médicament en raison du risque de réaction allergique ou de choc anaphylactique et en aviser le médecin traitant.

44 et 45 Effectuer les étapes D et E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).

MS 5.3

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- Dans le cas de l'administration d'un médicament prn :
  - la date et l'heure de l'administration du médicament ;
  - le nom du médicament, le nombre de gouttes ou de vaporisations administrées et le site d'administration (narine gauche ou droite, ou les deux);
  - la réaction de la personne et sa collaboration.
- Toute réaction anormale ou indésirable (p. ex. un saignement, des démangeaisons) survenue à la suite de l'administration du médicament. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Dossier 145987

Danielle St-Laurent

2021-05-02	09:00	Inspection de la cavité nasale : muqueuse nasale œdématiée et écoulement épais et abondant. Instillation de Salinex 2 vap. par narine, tête en position dorsale, puis répétée en position latérale. Procédure bien tolérée. Se mouche par la suite : sécrétions abondantes, blanchâtres.
2021-05-02	09:30	Inspection de la cavité nasale : muqueuse idem, sécrétions aqueuses ↓ en quantité. ——— Carole Lemire, inf.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER SUR LA FADM

- L'heure d'administration du médicament.
- Votre signature, votre titre et vos initiales aux endroits appropriés.
- Toute autre indication exigée par l'établissement (p. ex. rature de l'heure une fois le médicament administré).

Extrait de la FADM de madame Danielle St-Laurent

Médicaments		NUIT 00:00 à 08:00	JOUR 08:00 à 16:00	SOIR 16:00 à 00:00
Médication régulière				
Salinex, 2 vap. dans chaque narine qid + prn	2021-05-02/2021-05-09		09:00 CL 13:00	17:00 21:00

Signature complète de l'infirmière et initiales				
Vitalie Perreault, inf.	VP	Carole Lemire, inf.	CL	



Administration de médicaments par voie ophtalmique

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Rassembler tout le matériel nécessaire.
3. Procéder à l'hygiène des mains.
4. **Préparer les médicaments d'une seule personne à la fois.**
5. **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).**
6. **Prendre les médicaments de la personne.**
7. **Au besoin, recalculer la dose.**
8. **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments (« 7 bons »).**
9. **Vérifier la date d'expiration.**
10. **S'assurer de connaître le médicament.**
11. **Vérifier les antécédents médicaux de la personne.**
12. **Vérifier si la personne prend d'autres médicaments.**
13. **Relire l'étiquette du contenant à médicament et appliquer de nouveau les 5 premiers « bons ».**
14. **Apporter les médicaments à la personne à l'heure prescrite.**
15. **Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.**
16. Expliquer la procédure de soins à la personne.
17. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
18. Assurer le maintien d'un environnement propre.
19. Assurer l'intimité de la personne.
20. Régler la hauteur du lit.
21. **Évaluer les connaissances de la personne.**
22. **Enseigner à la personne les effets attendus, l'action et les effets indésirables possibles.**
23. **Évaluer la capacité de la personne à s'administrer elle-même les médicaments.**
24. **Ne jamais laisser les médicaments sans surveillance au chevet de la personne.**
25. **Rechercher la présence de troubles visuels. Inspecter les structures externes de l'œil.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

26. **Demander à la personne de se placer en position de décubitus dorsal ou de s'asseoir.**
27. **Mettre des gants non stériles.**
28. **Nettoyer délicatement les croûtes ou les sécrétions.**
29. **Retirer le bouchon du flacon de gouttes ou du tube d'onguent.**
30. **Prendre un mouchoir de papier ou une compresse et l'appuyer sous la paupière inférieure.**
31. **Tirer légèrement la paupière vers le bas.**
32. **Demander à la personne de regarder vers le haut.**
33. **Procéder à l'administration du médicament.**
    - 33.1 **Instiller des gouttes ophtalmiques.**
    - 33.2 **Appliquer un onguent ophtalmique.**
34. **Jeter le matériel souillé.**
35. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

36. Réinstaller la personne dans le lit.
37. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
38. Procéder à l'hygiène des mains.
39. **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament.**
40. **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription au dossier de la personne.**
41. **Évaluer l'état de la personne.**
42. **Si la personne présente une réaction allergique ou des effets indésirables, aviser rapidement le médecin traitant ou l'infirmière responsable.**
43. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
44. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

MS 5.4

SITUATION CLINIQUE

Vous travaillez en clinique de consultation externe, en collaboration avec un allergologue. **DANIELLE ST-LAURENT**, 52 ans, est atteinte de multiples allergies respiratoires : poussière, poils et plumes d'animaux, etc. Madame St-Laurent habite à la campagne et elle est en visite chez sa sœur, qui possède un chihuahua. Ce matin, ses yeux sont rouges et elle est très congestionnée.

Notions de base

L'infirmière doit connaître la terminologie associée aux yeux afin d'éviter toute erreur d'administration. Il importe toutefois de savoir que l'Institut pour la sécurité des médicaments aux patients du Canada (ISMP Canada) ne recommande pas l'utilisation de certaines abréviations couramment utilisées (O.D. pour l'œil droit ; O.S. pour l'œil gauche ; O.U. pour les deux yeux) en raison du risque de confusion entre l'une ou l'autre.

Matériel

- Mouchoirs de papier ou compresses ❶
- Flacon de médicament avec compte-gouttes ou tube d'onguent stérile à la température ambiante ❷
- Bassin d'eau tiède ❸ et débarbouillette ❹, au besoin
- Feuille d'administration des médicaments (FADM) ❺
- Gants non stériles ❻



Étapes préexécutoires	Justifications
❶ à ❸ Effectuer les étapes A, C et D présentées à la page 1 (étapes préexécutoires générales).	
❹ à ⓯ Effectuer les étapes A à J, L et M présentées aux pages 208 et 209 (étapes préexécutoires communes).	
⓰ à ⓴ Effectuer les étapes F à J présentées à la page 2 (étapes préexécutoires générales).	
㉑ à ㉔ Effectuer les étapes N à O présentées aux pages 209 et 210 (étapes préexécutoires communes).	

Étapes préexécutoires	Justifications
25 **Rechercher la présence de troubles visuels** chez la personne. Au besoin, faire un test d'acuité visuelle.	Car certains médicaments ophtalmiques peuvent atténuer ou accentuer ces symptômes.
Inspecter les structures externes de l'œil à la recherche d'anormalité.	Car certaines anomalies, comme l'œdème palpébral, peuvent rendre l'administration du médicament plus difficile.

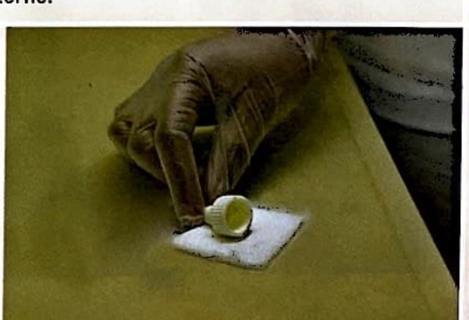
SITUATION CLINIQUE

Que devriez-vous observer lors de l'inspection des structures externes des yeux de madame St-Laurent ?

Étapes exécutoires	Justifications
26 **Demander à la personne de se placer en position de décubitus dorsal ou de s'asseoir** dans son fauteuil ou son lit, la tête en hyperextension, sauf s'il y a contre-indication.	Afin de faciliter l'accès aux yeux et de réduire le risque d'écoulement du médicament par le canal lacrymal.
27 **Mettre des gants non stériles** au besoin.	Pour se protéger des croûtes ou des sécrétions des yeux de la personne et éviter la transmission d'agents pathogènes.

N'OUBLIEZ PAS 

Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.

Étapes exécutoires	Justifications
28 Au besoin, **nettoyer délicatement les croûtes ou les sécrétions** présentes au pourtour des paupières ou à l'angle palpébral interne. 	
Si les croûtes sont difficiles à enlever, appliquer une débarbouillette humide tiède sur l'œil pendant quelques minutes.	Afin de pouvoir détacher plus facilement les croûtes.
Toujours nettoyer de la commissure interne de l'œil vers la commissure externe.	Afin d'éviter la pénétration d'agents pathogènes dans le canal lacrymal.
29 **Retirer le bouchon du flacon de gouttes ou du tube d'onguent** et le déposer partie extérieure sur une compresse. 	Afin d'éviter que la partie intérieure du bouchon entre en contact avec des agents pathogènes qui pourraient contaminer le produit.

Étapes exécutoires	Justifications
30 **Prendre un mouchoir de papier ou une compresse de la main non dominante et l'appuyer sous la paupière inférieure** de la personne, contre l'os zygomatique.	Le mouchoir absorbera le surplus de médicament qui pourrait s'écouler de l'œil. Appuyer sur l'os zygomatique évite de faire pression sur le globe oculaire et de toucher l'œil.
31 **Tirer légèrement la paupière vers le bas** et maintenir la position de la main.	Afin d'exposer le sac conjonctival inférieur.
32 **Demander à la personne de regarder vers le haut.** 	Afin que la cornée se rétracte vers le haut et s'écarte du sac conjonctival. Ce mouvement réduit aussi la stimulation du réflexe de clignement.
33 **Procéder à l'administration du médicament** selon l'une des méthodes suivantes. **33.1** Instiller des gouttes ophtalmiques. **33.2** Appliquer un onguent ophtalmique.	

N'OUBLIEZ PAS 

Avant d'administrer un médicament à la personne, il est impératif de vérifier son identité en lui demandant de se nommer et de donner sa date de naissance, puis en vérifiant ces informations sur son bracelet d'identité. Cette double vérification permet d'éviter une erreur d'identification.

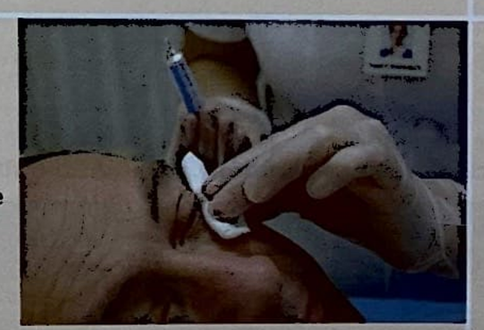
Étapes exécutoires	Justifications
33.1 **Instiller des gouttes ophtalmiques.**	
33.1.1 De la main dominante, tenir le flacon de solution à 1 ou 2 cm au-dessus du sac conjonctival et prendre appui sur le front de la personne.	Afin d'éviter de contaminer l'embout du flacon.
33.1.2 Instiller le nombre de gouttes prescrites dans le sac conjonctival. Celui-ci peut contenir normalement une ou deux gouttes. 	Instiller les gouttes dans le sac conjonctival prévient le réflexe de clignement de l'œil, qui aurait pour effet d'expulser les gouttes.
33.1.3 Demander à la personne de cligner doucement des yeux.	Cligner doucement favorise la distribution uniforme du médicament dans l'œil. Une fermeture trop brusque ou trop rapide de l'œil risque d'expulser le médicament.

Étapes exécutoires	Justifications
33.1.4 Reprendre la procédure si la personne cligne des yeux avant l'instillation de la goutte, si elle ferme trop rapidement l'œil ou si la goutte tombe sur le côté externe de la paupière.	Car le médicament s'avère efficace uniquement s'il est absorbé par les muqueuses du sac conjonctival.
33.1.5 Exercer une légère pression des doigts sur le conduit lacrymal de la personne à l'aide d'un mouchoir de papier ou d'une compresse pendant quelques secondes. Au besoin, répéter la procédure pour l'autre œil. Passer à l'étape 34.	Afin d'empêcher le médicament de couler dans les voies nasales et dans le pharynx.
33.2 Appliquer un onguent ophtalmique.	
33.2.1 Tenir l'applicateur au-dessus de la paupière inférieure.	Afin d'éviter de contaminer l'embout.
33.2.2 Appliquer un filet d'onguent sur la conjonctive interne de la paupière inférieure, en partant de l'angle palpébral interne vers l'angle externe, et couper le filet en faisant tourner le tube sur lui-même. 	Afin d'obtenir une distribution uniforme du médicament.

ALERTE CLINIQUE

Contamination du tube d'onguent

L'embout du tube d'onguent ne doit pas toucher la paupière. Le cas échéant, le désinfecter avec un tampon d'alcool 70 % et le laisser sécher avant de remettre le bouchon.

Étapes exécutoires	Justifications
33.2.3 Demander à la personne de fermer l'œil et de le bouger dans tous les sens.	Afin que le médicament puisse se disperser dans l'œil.
33.2.4 Enlever tout excès de médicament sur la paupière en l'essuyant délicatement avec le mouchoir de papier ou la compresse, de l'angle interne vers l'angle externe de l'œil. 	Afin de favoriser le confort de la personne.

ALERTE CLINIQUE

Précaution en cas de chirurgie de l'œil

Il ne faut jamais manipuler la paupière supérieure d'une personne qui a subi une chirurgie récente de l'œil en raison du risque d'altérer la résistance des sutures en place.

Étapes exécutoires	Justifications
34 Jeter le matériel souillé selon le protocole en vigueur dans l'établissement.	Afin de réduire le risque de contamination et d'éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes exécutoires	Justifications
35 **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.

ALERTE CLINIQUE

Administration de plus d'un médicament

Si la personne doit recevoir plus d'un médicament ophtalmique à la même heure, il faut attendre cinq minutes entre chaque administration afin d'éviter les interactions médicamenteuses. L'infirmière doit toujours commencer par les instillations des gouttes et terminer par l'application de l'onguent.

Étapes postexécutoires	Justifications
36 à **38** Effectuer les étapes **A** à **C** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
39 **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament** ainsi que le nom et la dose du médicament administré. Signer la FADM. (*Voir l'extrait de la FADM, à la page suivante.*)	Afin d'assurer le respect de l'horaire d'administration.

N'OUBLIEZ PAS



En vertu du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, l'enregistrement des étapes de préparation et d'administration des médicaments au dossier de la personne est une obligation juridique (S-5, r. 5, art. 53, par. 3.1; art. 55, par. 6.1; art. 56, par. 5.1) et doit comprendre le nom du médicament, la dose administrée, ainsi que la voie, la date et l'heure d'administration.

40 **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription** de l'administration du médicament **au dossier de la personne.** Ranger la FADM.	Afin d'assurer un suivi adéquat. Cette étape consolide le « 6ᵉ bon ».

ÉVALUATION



41 **Évaluer l'état de la personne** à la suite de la prise du médicament, soit après 15 à 45 minutes, selon le pic d'action associé à la voie d'administration.	Afin d'assurer le suivi clinique nécessaire, de déterminer l'efficacité du médicament et de détecter l'apparition d'effets indésirables ou de réactions allergiques. Cette étape correspond au « 7ᵉ bon ».
42 **Si la personne présente une réaction allergique ou des effets indésirables, aviser rapidement le médecin traitant ou l'infirmière responsable.**	Afin que le médecin modifie l'ordonnance et que l'équipe traitante prenne les mesures requises.

ALERTE CLINIQUE

Réaction indésirable au médicament

En présence de réactions indésirables, il faut cesser l'administration du médicament en raison du risque de réaction allergique ou de choc anaphylactique et en aviser le médecin traitant.

Étapes postexécutoires	Justifications
 43 et 44 Effectuer les étapes D et E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- Dans le cas de l'administration d'un médicament prn :
  - la date et l'heure de l'administration du médicament ;
  - le nom du médicament, la quantité administrée et le site d'administration (œil gauche ou droit, ou les deux) ;
  - l'aspect de l'œil ;
  - la réaction de la personne et sa collaboration.
- Toute réaction anormale ou indésirable (p. ex. de la douleur, des picotements, une vue embrouillée) survenue à la suite de l'administration du médicament. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Danielle St-Laurent **Dossier 145987**

2021-05-02 10:00 Inspection des structures externes de l'œil : sourcils, paupières, cils et globes oculaires sans particularités. Conjonctive et sclérotique rouges, aux deux yeux. Larmoiement important. Administration de larmes artificielles × 2 gtt/œil. Dit que les démangeaisons ont ↓ après l'administration. Carole Lemire, inf.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER SUR LA FADM

- L'heure d'administration du médicament.
- Votre signature, votre titre et vos initiales aux endroits appropriés.
- Toute autre indication exigée par l'établissement (p. ex. rature de l'heure une fois le médicament administré).

Extrait de la FADM de madame Danielle St-Laurent

Médicaments		NUIT 00:00 à 08:00	JOUR 08:00 à 16:00	SOIR 16:00 à 00:00
Médication régulière				
Larmes artificielles, 2 gtt dans chaque œil tid + prn	2021-05-02/2021-05-09		10:00 CL 14:00	20:00

Signature complète de l'infirmière et initiales				
Vitalie Perreault, inf.	VP	Carole Lemire, inf.	CL	



Administration de médicaments par voie vaginale

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Rassembler tout le matériel nécessaire.
3. Procéder à l'hygiène des mains.
4. **Préparer les médicaments d'une seule personne à la fois.**
5. **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).**
6. **Prendre les médicaments de la personne.**
7. **Au besoin, recalculer la dose.**
8. **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments (« 7 bons »).**
9. **Vérifier la date d'expiration.**
10. **S'assurer de connaître le médicament.**
11. **Vérifier les antécédents médicaux de la personne.**
12. **Vérifier si la personne prend d'autres médicaments.**
13. **Relire l'étiquette du contenant à médicament et appliquer de nouveau les 5 premiers « bons ».**
14. **Apporter les médicaments à la personne à l'heure prescrite.**
15. **Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.**
16. Expliquer la procédure de soins à la personne.
17. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
18. Assurer le maintien d'un environnement propre
19. Assurer l'intimité de la personne.
20. Régler la hauteur du lit.
21. **Évaluer les connaissances de la personne.**
22. **Enseigner à la personne les effets attendus, l'action et les effets indésirables possibles.**
23. **Évaluer la capacité de la personne à s'administrer elle-même les médicaments.**
24. **Ne jamais laisser les médicaments sans surveillance au chevet de la personne.**
25. **Vérifier si la personne a besoin d'uriner.**
26. **Demander à la personne de procéder aux soins d'hygiène de sa région vulvaire ou le faire à sa place.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

27. **Aider la personne à prendre la position gynécologique. Glisser un piqué sous ses fesses.**
28. **Mettre des gants non stériles.**
29. **Évaluer l'état des organes génitaux externes.**
30. **S'assurer de bien exposer l'orifice vaginal.**
31. **Procéder à l'administration du médicament.**
    - 31.1 **Administrer un ovule sans applicateur.**
    - 31.2 **Administrer un ovule avec applicateur.**
    - 31.3 **Administrer une crème ou une mousse.**
32. **Jeter le matériel souillé.**
33. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

34. Réinstaller la personne dans le lit.
35. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
36. Procéder à l'hygiène des mains.
37. **Demander à la personne de demeurer couchée pendant 30 minutes.**
38. **Suggérer à la personne de porter une serviette hygiénique ou un protège-dessous.**
39. **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament.**
40. **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription au dossier de la personne.**
41. **Évaluer l'état de la personne.**
42. **Si la personne présente une réaction allergique ou des effets indésirables, aviser rapidement le médecin traitant ou l'infirmière responsable.**
43. **Examiner l'aspect de l'écoulement vaginal et l'état des organes génitaux externes.**
44. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
45. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

SITUATION CLINIQUE

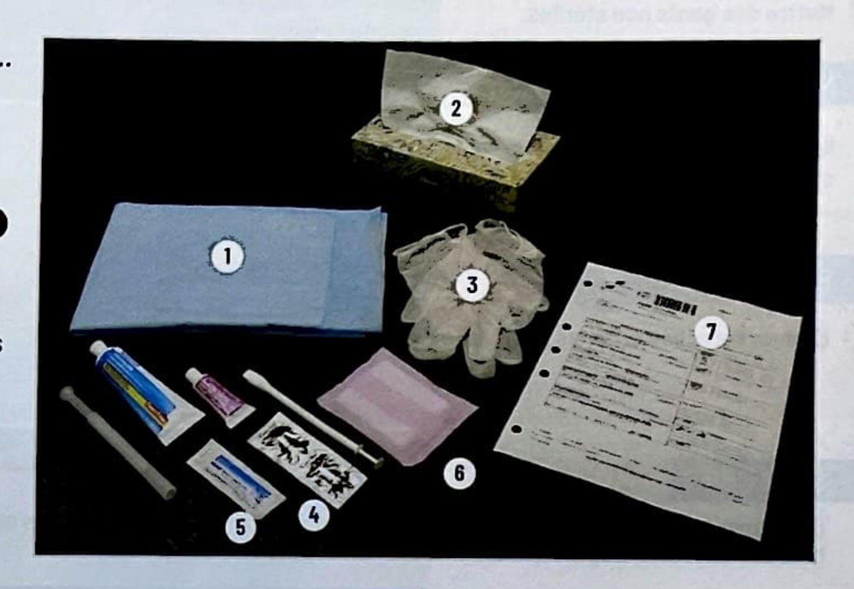
YVETTE DESCHÊNES, 62 ans, est atteinte de sclérose en plaques en phase avancée. Elle habite en centre d'hébergement et de soins de longue durée (CHSLD), car elle a besoin de soins importants. À la suite de la prise récente d'antibiotiques, une vaginite s'est développée chez madame Deschênes.

Notions de base

Il est important de bien faire les soins d'hygiène de la région vulvaire avant de procéder au traitement. Les médicaments administrés dans la cavité vaginale sont absorbés progressivement par la muqueuse vaginale. Les ovules étant conservés au réfrigérateur, il importe de les sortir de 5 à 10 minutes avant de les administrer afin de favoriser le confort de la personne. Si l'applicateur utilisé pour introduire les ovules, la crème ou la mousse vaginale n'est pas à usage unique, il doit être toujours réservé à la même personne.

Matériel

- Piqué jetable (ou serviette) ❶
- Mouchoirs de papier ou essuie-tout ❷
- Gants non stériles ❸
- Ovule, mousse ou crème et applicateur ❹
- Lubrifiant hydrosoluble ❺
- Serviette hygiénique ❻
- Feuille d'administration des médicaments (FADM) ❼



Étapes préexécutoires	Justifications
❶ à ❸ Effectuer les étapes A, C et D présentées à la page 1 (étapes préexécutoires générales).	
❹ à ⓯ Effectuer les étapes A à J, L et M présentées aux pages 208 et 209 (étapes préexécutoires communes).	
⓰ à ⓴ Effectuer les étapes F à J présentées à la page 2 (étapes préexécutoires générales).	
㉑ à ㉔ Effectuer les étapes N à O présentées aux pages 209 et 210 (étapes préexécutoires communes).	

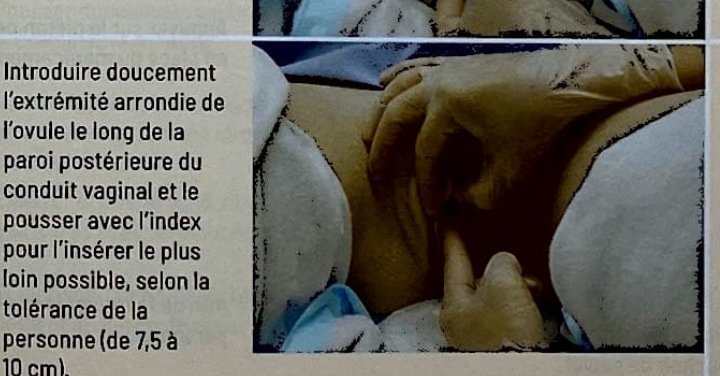
Étapes préexécutoires	Justifications
25 **Vérifier si la personne a besoin d'uriner** avant de commencer le traitement.	Afin d'éviter que la personne soit inconfortable au cours de la procédure.
26 Au besoin, **demander à la personne de procéder aux soins d'hygiène de sa région vulvaire** avant de commencer le traitement **ou,** si elle en est incapable, **le faire à sa place** (*voir la méthode 2.1, étape 23.8, à la page 44*).	Pour éviter l'introduction d'agents pathogènes ou de bactéries lors de l'insertion du médicament.

Étapes exécutoires	Justifications
27 **Aider la personne à prendre la position gynécologique,** jambes fléchies et légèrement écartées.	Afin de faciliter l'accès aux organes génitaux.
Glisser un piqué sous ses fesses.	
Exposer seulement ses organes génitaux.	Afin de respecter la pudeur de la personne.
28 **Mettre des gants non stériles.** **N'OUBLIEZ PAS !** Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.	Pour se protéger des sécrétions vaginales de la personne et éviter la transmission d'agents pathogènes.
ÉVALUATION 29 **Évaluer l'état des organes génitaux externes** et de l'ouverture du vagin.	Pour avoir des données de référence auxquelles on pourra se référer pour évaluer l'efficacité du médicament.

SITUATION CLINIQUE

Que pourriez-vous observer lors de l'inspection des organes génitaux externes et de l'ouverture du vagin de madame Deschênes ?

Étapes exécutoires	Justifications
30 **S'assurer de bien exposer l'orifice vaginal.** 	
31 **Procéder à l'administration du médicament** selon l'une des méthodes suivantes. **31.1** Administrer un ovule sans applicateur. **31.2** Administrer un ovule avec applicateur. **31.3** Administrer une crème ou une mousse.	

Étapes exécutoires	Justifications
N'OUBLIEZ PAS  Avant d'administrer un médicament à la personne, il est impératif de vérifier son identité en lui demandant de se nommer et de donner sa date de naissance, puis en vérifiant ces informations sur son bracelet d'identité. Cette double vérification permet d'éviter une erreur d'identification.	
31.1 Administrer un ovule sans applicateur.	
31.1.1 Sortir l'ovule de son enveloppe protectrice et appliquer une quantité généreuse de lubrifiant sur son extrémité lisse ou arrondie. Lubrifier l'index de la main dominante. 	Afin de faciliter l'insertion de l'ovule.
31.1.2 Avec la main non dominante, écarter délicatement les grandes et les petites lèvres de la personne.	Afin d'exposer l'orifice vaginal.
31.1.3 Introduire doucement l'extrémité arrondie de l'ovule le long de la paroi postérieure du conduit vaginal et le pousser avec l'index pour l'insérer le plus loin possible, selon la tolérance de la personne (de 7,5 à 10 cm). 	Afin d'assurer une répartition uniforme du médicament sur les parois de la cavité vaginale et une absorption maximale.
31.1.4 Retirer le doigt et essuyer l'excès de lubrifiant autour de l'orifice vaginal et des lèvres avec un mouchoir de papier. Passer à l'étape 32.	Afin de favoriser le confort de la personne.

Étapes exécutoires	Justifications
31.2 Administrer un ovule avec applicateur.	
31.2.1 Sortir l'ovule de son enveloppe protectrice et placer le bout aplati de l'ovule dans l'ouverture de l'applicateur. Recouvrir le bout de l'ovule et de l'applicateur d'une quantité généreuse de lubrifiant. 	Afin de faciliter l'insertion de l'ovule.
31.2.2 Saisir l'applicateur d'une main et tirer le piston d'environ 2,5 cm avec l'autre main.	
31.2.3 Avec la main non dominante, écarter délicatement les grandes et les petites lèvres de la personne.	Afin d'exposer l'orifice vaginal.
31.2.4 Introduire doucement l'applicateur dans le vagin dans un mouvement descendant vers le col (vers la colonne vertébrale) en le poussant le plus loin possible, selon la tolérance de la personne (de 7,5 à 10 cm). 	Afin d'assurer une répartition uniforme du médicament sur les parois de la cavité vaginale et une absorption maximale.
31.2.5 Appuyer sur le piston pour relâcher l'ovule. Retirer l'applicateur du vagin et le poser sur un mouchoir de papier ou un essuie-tout, s'il est réutilisable ; sinon, le jeter dans un sac à déchets biomédicaux.  Essuyer l'excès de lubrifiant autour de l'orifice vaginal et des lèvres avec un mouchoir de papier.	Appuyer sur le piston permet la mise en place du médicament. Afin de favoriser le confort de la personne.
31.2.6 Si l'applicateur doit être réutilisé pour la même personne, le laver à l'eau tiède et au savon, le rincer et le ranger dans un endroit propre. Passer à l'étape 32.	L'eau savonneuse aide à éliminer les bactéries et le lubrifiant sur l'applicateur.
31.3 Administrer une crème ou une mousse.	
31.3.1 Retirer le bouchon du tube de crème ou de mousse et visser l'extrémité de l'applicateur au tube.	

32

33

Étapes exécutoires	Justifications
31.3.2 Remplir le cylindre de l'applicateur selon la quantité de crème ou de mousse prescrite. Retirer l'applicateur et revisser le bouchon du tube. 	La dose à administrer peut varier selon l'ordonnance médicale.
31.3.3 Avec la main non dominante, écarter délicatement les grandes et les petites lèvres de la personne. 	Afin d'exposer l'orifice vaginal.
31.3.4 Introduire doucement l'applicateur dans le vagin dans un mouvement descendant vers le col (vers la colonne vertébrale) en le poussant le plus loin possible, selon la tolérance de la personne (de 7,5 à 10 cm).  Pousser doucement sur le piston jusqu'au bout afin d'administrer toute la crème ou la mousse.	Afin d'assurer une répartition uniforme du médicament sur les parois de la cavité vaginale et une absorption maximale.
31.3.5 Retirer l'applicateur du vagin et le poser sur un mouchoir de papier ou un essuie-tout, s'il est réutilisable ; sinon, le jeter dans un sac à déchets biomédicaux. Essuyer la crème ou la mousse présente autour de l'orifice vaginal et des lèvres avec un mouchoir de papier.	Afin de favoriser le confort de la personne.
31.3.6 Si l'applicateur doit être réutilisé pour la même personne, le laver à l'eau tiède et au savon, le rincer et le ranger dans un endroit propre.	L'eau savonneuse aide à éliminer les bactéries et la crème ou la mousse résiduelle sur l'applicateur.
Jeter le matériel souillé selon le protocole en vigueur dans l'établissement.	Afin de réduire le risque de contamination et d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
Retirer les gants et les jeter à la poubelle.	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
34 à 36 Effectuer les étapes A à C présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
37 **Demander à la personne de demeurer couchée pendant 30 minutes** afin que la crème, la mousse ou l'ovule ait le temps d'être absorbé par les muqueuses.	Afin d'éviter que le médicament s'écoule du vagin.
38 **Suggérer à la personne de porter une serviette hygiénique ou un protège-dessous.**	Afin d'éviter de souiller les vêtements.
39 **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament** ainsi que le nom et la dose du médicament administré. Signer la FADM. (*Voir l'extrait de la FADM, à la page suivante.*)	Afin d'assurer le respect de l'horaire d'administration.

N'OUBLIEZ PAS



En vertu du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, l'enregistrement des étapes de préparation et d'administration des médicaments au dossier de la personne est une obligation juridique (S-5, r. 5, art. 53, par. 3.1; art. 55, par. 6.1; art. 56, par. 5.1) et doit comprendre le nom du médicament, la dose administrée, ainsi que la voie, la date et l'heure d'administration.

Étapes postexécutoires	Justifications
40 **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription** de l'administration du médicament **au dossier de la personne.** Ranger la FADM.	Afin d'assurer un suivi adéquat. Cette étape consolide le « 6ᵉ bon ».

ÉVALUATION



Étapes postexécutoires	Justifications
41 **Évaluer l'état de la personne** à la suite de la prise du médicament, soit après 15 à 45 minutes, selon le pic d'action associé à la voie d'administration.	Afin d'assurer le suivi clinique nécessaire, de déterminer l'efficacité du médicament et de détecter l'apparition d'effets indésirables ou de réactions allergiques. Cette étape correspond au « 7ᵉ bon ».
42 **Si la personne présente une réaction allergique ou des effets indésirables, aviser rapidement le médecin traitant ou l'infirmière responsable.**	Afin que le médecin modifie l'ordonnance et que l'équipe traitante prenne les mesures requises.

ALERTE CLINIQUE

Réaction indésirable au médicament

En présence de réactions indésirables, il faut cesser l'administration du médicament en raison du risque de réaction allergique ou de choc anaphylactique et en aviser le médecin traitant.

Étapes postexécutoires	Justifications
	
43 Examiner l'aspect de l'écoulement vaginal et l'état des organes génitaux externes entre les applications.	Afin de vérifier l'efficacité du traitement.
44 et 45 Effectuer les étapes D et E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	

MS 5.5

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- L'aspect de l'écoulement de même que sa quantité et sa couleur, le cas échéant.
- Toute réaction anormale ou indésirable (p. ex. des démangeaisons) survenue à la suite de l'administration du médicament. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Yvette Deschênes **Dossier 782319**

2021-05-02 09:00 Inspection des organes génitaux externes : sans particularités. Inspection de l'ouverture du vagin : muqueuse pâle et légères pertes sanguines. Se plaint de démangeaisons. Canesten en crème appliqué dans vagin. Confirme par la suite une diminution des démangeaisons. Carole Lemire, inf.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER SUR LA FADM

- L'heure d'administration du médicament.
- Votre signature, votre titre et vos initiales aux endroits appropriés.
- Toute autre indication exigée par l'établissement (p. ex. rature de l'heure une fois le médicament administré).

Extrait de la FADM de madame Yvette Deschênes

Médicaments		NUIT 00:00 à 08:00	JOUR 08:00 à 16:00	SOIR 16:00 à 00:00
Médication régulière				
Canesten, crème 1 appl. intra-vaginale die pour 6 jours (clotrimazole)	2021-05-02/2021-05-09		09:00 CL	20:00

Signature complète de l'infirmière et initiales					
Vitalie Perreault, inf.	VP	Carole Lemire, inf.	CL		



Administration de médicaments par voie rectale

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES



1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Rassembler tout le matériel nécessaire.
3. Procéder à l'hygiène des mains.
4. **Préparer les médicaments d'une seule personne à la fois.**
5. **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).**
6. **Prendre les médicaments de la personne.**
7. **Au besoin, recalculer la dose.**
8. **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments (« 7 bons »).**
9. **Vérifier la date d'expiration.**
10. **S'assurer de connaître le médicament.**
11. **Vérifier les antécédents médicaux de la personne.**
12. **Vérifier si la personne prend d'autres médicaments.**
13. **Relire l'étiquette du contenant à médicament et appliquer de nouveau les 5 premiers « bons ».**
14. **Apporter les médicaments à la personne à l'heure prescrite.**
15. **Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.**
16. Expliquer la procédure de soins à la personne.
17. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
18. Assurer le maintien d'un environnement propre.
19. Assurer l'intimité de la personne.
20. Régler la hauteur du lit.
21. **Évaluer les connaissances de la personne.**
22. **Enseigner à la personne les effets attendus, l'action et les effets indésirables possibles.**
23. **Évaluer la capacité de la personne à s'administrer elle-même les médicaments.**
24. **Ne jamais laisser les médicaments sans surveillance au chevet de la personne.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

25. **Demander à la personne de se placer en position de décubitus latéral gauche ou de Sims.**
26. **Mettre des gants non stériles.**
27. **Examiner la région anale externe.**
28. **Retirer le suppositoire de son enveloppe. Lubrifier l'extrémité arrondie du suppositoire.**
29. **Demander à la personne d'inspirer et d'expirer lentement.**
30. **Écarter les fesses. Introduire le suppositoire délicatement dans l'anus.**
31. **Retirer le doigt et essuyer la région anale.**
32. **Jeter le matériel souillé.**
33. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

34. Réinstaller la personne dans le lit.
35. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
36. Procéder à l'hygiène des mains.
37. **Demander à la personne de demeurer couchée sur le côté pendant 5 à 30 minutes.**
38. **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament.**
39. **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription au dossier de la personne.**
40. **Évaluer l'état de la personne.**
41. **Si la personne présente une réaction allergique ou des effets indésirables, aviser rapidement le médecin traitant ou l'infirmière responsable.**
42. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
43. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

SITUATION CLINIQUE

CHARLES JEAN-BAPTISTE, 72 ans, est hospitalisé pour une décompensation de son insuffisance cardiaque. Atteint de dégénérescence maculaire, il est aveugle depuis plusieurs années. Il n'est pas allé à la selle depuis deux jours et il se sent ballonné.

Notions de base

Certains médicaments et laxatifs peuvent être administrés sous forme de suppositoires. En contact avec la chaleur de la muqueuse anale, les suppositoires se dissolvent progressivement et libèrent la médication qu'ils contiennent. L'utilisation d'un suppositoire est contre-indiquée en présence de rectorragie ou à la suite d'une chirurgie récente au rectum.

Matériel

- Mouchoirs de papier ❶
- Bassin hygiénique, au besoin ❷
- Gants non stériles ❸
- Suppositoire rectal (glycérine, acétaminophène, Gravol[MD], etc.) ❹
- Lubrifiant hydrosoluble ❺
- Feuille d'administration des médicaments (FADM) ❻



Étapes préexécutoires	Justifications
1 à 3 Effectuer les étapes A, C et D présentées à la page 1 (étapes préexécutoires générales).	
4 à 15 Effectuer les étapes A à J, L et M présentées aux pages 208 et 209 (étapes préexécutoires communes).	
16 à 20 Effectuer les étapes F à J présentées à la page 2 (étapes préexécutoires générales).	
21 à 24 Effectuer les étapes N à O présentées aux pages 209 et 210 (étapes préexécutoires communes).	

MS 5.6

Étapes exécutoires	Justifications
25 **Demander à la personne de se placer en position de décubitus latéral gauche ou de Sims,** la jambe gauche étendue et la jambe droite fléchie vers l'abdomen. L'aider au besoin. Exposer seulement la région anale tout en respectant la pudeur de la personne.	Cette position expose la région anale. Comme le colon sigmoïde présente une courbure vers la gauche, le suppositoire risque moins d'être expulsé si la personne est couchée sur le côté gauche plutôt que sur le côté droit.
26 **Mettre des gants non stériles.**	Pour se protéger des matières fécales de la personne et éviter la transmission d'agents pathogènes.

N'OUBLIEZ PAS 

Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.



Étapes exécutoires	Justifications
27 **Examiner la région anale externe** située au pourtour de l'anus et palper les parois rectales.	Afin de déceler certains problèmes (p. ex. une rectorragie, un écoulement purulent ou une lésion). Palper les parois rectales permet de détecter la présence d'un fécalome, lequel pourrait nuire à l'insertion du suppositoire.

ALERTE CLINIQUE

Contre-indications à l'insertion d'un suppositoire rectal

En règle générale, les suppositoires rectaux sont contre-indiqués en présence de rectorragie ou à la suite d'une chirurgie rectale, de même que chez les personnes souffrant de neutropénie.

SITUATION CLINIQUE

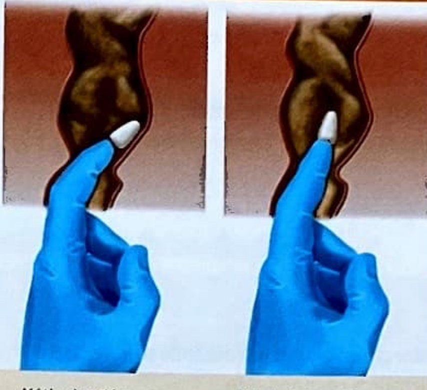
Étant donné la situation de monsieur Jean-Baptiste, en plus de l'évaluation de la région anale, que serait-il pertinent de vérifier ?

Étapes exécutoires	Justifications
28 **Retirer le suppositoire de son enveloppe** protectrice. **Lubrifier l'extrémité arrondie du suppositoire** et l'index de la main dominante avec un lubrifiant hydrosoluble.	Afin de faciliter l'insertion du suppositoire.

N'OUBLIEZ PAS 

Avant d'administrer un médicament à la personne, il est impératif de vérifier son identité en lui demandant de se nommer et de donner sa date de naissance, puis en vérifiant ces informations sur son bracelet d'identité. Cette double vérification permet d'éviter une erreur d'identification.

Étapes exécutoires	Justifications
29 **Demander à la personne d'inspirer et d'expirer lentement** afin de se détendre et de favoriser le relâchement du sphincter anal.	Car insérer un suppositoire lorsque le sphincter est contracté provoque de la douleur.

Étapes exécutoires	Justifications
30 Avec la main non dominante, **écarter les fesses.** Avec la main dominante, **introduire le suppositoire délicatement dans l'anus** contre la paroi rectale, en le poussant avec l'index au-delà du sphincter interne, à environ 10 cm pour un adulte et 5 cm pour un enfant ou un nourrisson.  Méthode adéquate — Méthode inadéquate	Le suppositoire doit être appuyé sur la muqueuse rectale pour être absorbé et produire un effet thérapeutique.
31 **Retirer le doigt et essuyer la région anale** avec un mouchoir de papier.	Afin de favoriser le confort de la personne.
Demander à la personne de contracter les fesses si elle ressent soudainement le besoin de déféquer.	Afin d'éviter que le suppositoire soit expulsé.
32 **Jeter le matériel souillé** selon le protocole en vigueur dans l'établissement.	Afin de réduire le risque de contamination et d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
33 **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
34 à **36** Effectuer les étapes **A** à **C** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
37 **Demander à la personne de demeurer couchée sur le côté pendant 5 à 30 minutes,** selon sa capacité de rétention.	Afin de favoriser la rétention du suppositoire.
38 **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament** ainsi que le nom et la dose du médicament administré. Signer la FADM. (*Voir l'extrait de la FADM, à la page 255.*)	Afin d'assurer le respect de l'horaire d'administration.

N'OUBLIEZ PAS 

En vertu du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, l'enregistrement des étapes de préparation et d'administration des médicaments au dossier de la personne est une obligation juridique (S-5, r. 5, art. 53, par. 3.1; art. 55, par. 6.1; art. 56, par. 5.1) et doit comprendre le nom du médicament, la dose administrée, ainsi que la voie, la date et l'heure d'administration.

Étapes postexécutoires	Justifications
39 **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription** de l'administration du médicament **au dossier de la personne.** Ranger la FADM.	Afin d'assurer un suivi adéquat. Cette étape consolide le « 6ᵉ bon ».

Étapes postexécutoires	Justifications
 ÉVALUATION **40** **Évaluer l'état de la personne** à la suite de la prise du médicament, soit après 15 à 45 minutes, selon le pic d'action associé à la voie d'administration.	Afin d'assurer le suivi clinique nécessaire, de déterminer l'efficacité du médicament et de détecter l'apparition d'effets indésirables ou de réactions allergiques. Cette étape correspond au « 7e bon ».
41 **Si la personne présente une réaction allergique ou des effets indésirables, aviser rapidement le médecin traitant ou l'infirmière responsable.**  ALERTE CLINIQUE **Réaction indésirable au médicament** En présence de réactions indésirables, il faut cesser l'administration du médicament en raison du risque de réaction allergique ou de choc anaphylactique et en aviser le médecin traitant.	Afin que le médecin modifie l'ordonnance et que l'équipe traitante prenne les mesures requises.

42 et **43** Effectuer les étapes **D** et **E** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- Dans le cas de l'administration d'un médicament prn :
  - la date et l'heure de l'administration du médicament ;
  - le nom du médicament et la dose administrée ;
  - la réaction de la personne et sa collaboration.
- L'efficacité du traitement (p. ex. évacuation des selles à la suite du traitement : quantité, consistance, présence ou non de sang, etc.).
- Toute réaction anormale ou indésirable (p. ex. des saignements au rectum, de la douleur, une lésion) survenue à la suite de l'administration du médicament. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Charles Jean-Baptiste **Dossier 456789**

2021-05-08	10:10	Absence de selles depuis deux jours, se dit ballonné. À l'examen physique : présence de borborygmes à l'auscultation, abdomen ferme à la palpation, absence de douleur. Suppositoire de glycérine I.R. administré.
2021-05-08	10:45	Évacue une selle dure à la toilette. Se dit soulagé. À l'examen physique : borborygmes ↑ à l'auscultation, abdomen souple à la palpation. Carole Lemire, inf.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER SUR LA FADM

- L'heure d'administration du médicament.
- Votre signature, votre titre et vos initiales aux endroits appropriés.
- Toute autre indication exigée par l'établissement (p. ex. rature de l'heure une fois le médicament administré).

Extrait de la FADM de monsieur Charles Jean-Baptiste

Médicaments		NUIT 00:00 à 08:00	JOUR 08:00 à 16:00	SOIR 16:00 à 00:00
Médication prn				
Glycérine, 1 supp. I.R., die si constipation	2021-05-07/2021-05-12		10:10 CL	

Signature complète de l'infirmière et initiales				
Vitalie Perreault, inf.	VP	Carole Lemire, inf.	CL	

Notes



Administration d'un médicament en aérosol-doseur

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Rassembler tout le matériel nécessaire.
3. Procéder à l'hygiène des mains.
4. **Préparer les médicaments d'une seule personne à la fois.**
5. **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).**
6. **Prendre les médicaments de la personne.**
7. **Au besoin, recalculer la dose.**
8. **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments (« 7 bons »).**
9. **Vérifier la date d'expiration.**
10. **S'assurer de connaître le médicament.**
11. **Vérifier les antécédents médicaux de la personne.**
12. **Vérifier si la personne prend d'autres médicaments.**
13. **Relire l'étiquette du contenant à médicament et appliquer de nouveau les 5 premiers « bons ».**
14. **Apporter les médicaments à la personne à l'heure prescrite.**
15. **Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.**
16. Expliquer la procédure de soins à la personne.
17. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
18. Assurer le maintien d'un environnement propre.
19. Assurer l'intimité de la personne.
20. Régler la hauteur du lit.
21. **Évaluer les connaissances de la personne.**
22. **Enseigner à la personne les effets attendus, l'action et les effets indésirables possibles.**
23. **Évaluer la capacité de la personne à s'administrer elle-même les médicaments.**
24. **Ne jamais laisser les médicaments sans surveillance au chevet de la personne.**
25. **Procéder à l'auscultation pulmonaire de la personne.**
26. **Enseigner à la personne les risques d'un usage excessif des aérosols-doseurs.**
27. **Évaluer la capacité de la personne à tenir et à manipuler l'aérosol-doseur.**
28. **Agiter énergiquement l'aérosol-doseur.**
29. **Appuyer sur le mécanisme afin d'expulser une dose de contrôle.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

30. **Procéder à l'administration du médicament.**
    - 30.1 **Administrer un médicament par aérosol-doseur.**
    - 30.2 **Administrer un médicament par aérosol-doseur avec chambre d'inhalation (Aérochambre[MD]).**
31. **Demander à la personne de se rincer la bouche.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

32. **Évaluer la façon dont la personne utilise son aérosol-doseur.**
33. **Expliquer à la personne l'importance de ne pas répéter les inhalations avant la prochaine dose prescrite.**
34. **Si la personne ressent des nausées à la suite du dépôt de gouttelettes du médicament sur son pharynx ou sa langue, revoir sa technique d'administration.**
35. **Enseigner à la personne comment enlever la cartouche du médicament de l'aérosol-doseur pour laver la pièce buccale.**
36. **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament.**
37. **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription au dossier de la personne.**
38. **Procéder à l'auscultation pulmonaire de 5 à 15 minutes après l'administration du médicament, selon le début d'action de celui-ci.**

Administration d'un médicament en aérosol-doseur (*suite*)

39 Réinstaller la personne dans le lit.
40 Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
41 Procéder à l'hygiène des mains.
42 Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
43 Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

SITUATION CLINIQUE

JEAN-MARIE ROY, 72 ans, est atteint d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Il est hospitalisé pour une surinfection bronchique.

Notions de base

L'objectif thérapeutique des médicaments en aérosol-doseur peut être préventif, curatif, palliatif ou une combinaison de ces effets dans les voies respiratoires. La personne qui reçoit un corticostéroïde par aérosol-doseur doit respecter une bonne hygiène buccale. Elle doit se rincer la bouche après chaque dose de corticostéroïde inhalée afin de réduire les risques de muguet et d'irritation des voies supérieures hautes (voix enrouée et mal de gorge).

Matériel

- Mouchoirs de papier, au besoin 1
- Aérosol-doseur avec cartouche de médicament 2
- Chambre d'inhalation (Aérochambre[MD]) 3
- Feuille d'administration des médicaments (FADM) 4
- Verre d'eau avec haricot 5 ou lavabo



Étapes préexécutoires	Justifications
1 à 3 Effectuer les étapes A, C et D présentées à la page 1 (étapes préexécutoires générales).	
4 à 15 Effectuer les étapes A à J, L et M présentées aux pages 208 et 209 (étapes préexécutoires communes).	
16 à 20 Effectuer les étapes F à J présentées à la page 2 (étapes préexécutoires générales).	
21 à 24 Effectuer les étapes N à O présentées aux pages 209 et 210 (étapes préexécutoires communes).	

ÉVALUATION

25 **Procéder à l'auscultation pulmonaire de la personne.**	Afin d'avoir une référence des bruits respiratoires avant l'administration des aérosols-doseurs et de pouvoir évaluer l'effet thérapeutique par la suite.

SITUATION CLINIQUE

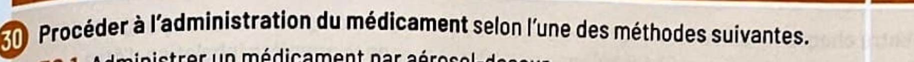
Étant donné la situation clinique de monsieur Roy, que pourriez-vous entendre lors de l'auscultation pulmonaire ? Justifiez vos réponses.

26 **Enseigner à la personne les risques d'un usage excessif des aérosols-doseurs.**	Car une administration arbitraire de plusieurs doses risque de provoquer des effets indésirables graves pour la santé de la personne (palpitations, tachycardie).

ÉVALUATION



27 **Évaluer la capacité de la personne à tenir et à manipuler l'aérosol-doseur** et la cartouche. En cas de lacunes sur le plan des connaissances de la personne, procéder à un enseignement complet des manipulations associées à un aérosol-doseur.	Car un problème de santé physique de préhension ou de tremblements des mains diminue la capacité de la personne à appuyer sur la cartouche de l'aérosol-doseur et nuit à l'auto-administration de ce dernier.
28 **Agiter énergiquement l'aérosol-doseur,** puis retirer le capuchon qui recouvre l'embout buccal.	Afin de mélanger le médicament à l'agent propulseur.
29 Si l'aérosol-doseur est utilisé pour la première fois ou s'il n'a pas été utilisé depuis quelques jours, **appuyer sur le mécanisme afin d'expulser une dose de contrôle.**	Afin de vérifier si l'aérosol-doseur fonctionne adéquatement.



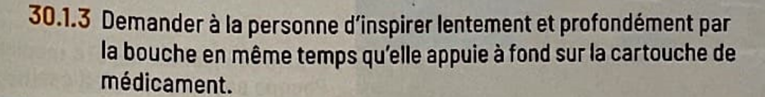
Étapes exécutoires	Justifications
30 **Procéder à l'administration du médicament** selon l'une des méthodes suivantes. 30.1 Administrer un médicament par aérosol-doseur. 30.2 Administrer un médicament par aérosol-doseur avec chambre d'inhalation (Aérochambre^MD).	



N'OUBLIEZ PAS

Avant d'administrer un médicament à la personne, il est impératif de vérifier son identité en lui demandant de se nommer et de donner sa date de naissance, puis en vérifiant ces informations sur son bracelet d'identité. Cette double vérification permet d'éviter une erreur d'identification.

30.1 Administrer un médicament par aérosol-doseur.

Étapes exécutoires	Justifications
30.1.1 Demander à la personne d'expirer lentement par la bouche jusqu'à vider le plus possible ses poumons.	Car cela permettra une inhalation maximale du médicament.
30.1.2 Demander à la personne de placer l'embout buccal de l'aérosol-doseur à une distance de 2 à 5 cm de sa bouche, ou directement dans sa bouche.  	Car les deux méthodes, bouche fermée ou bouche ouverte, sont possibles. La technique « bouche ouverte » permet une meilleure aspiration du médicament dans les poumons et réduit les dépôts de médicament dans la gorge.
30.1.3 Demander à la personne d'inspirer lentement et profondément par la bouche en même temps qu'elle appuie à fond sur la cartouche de médicament. 	Car la synchronisation des deux actions permet une inhalation optimale de la dose.
30.1.4 Demander à la personne de retenir sa respiration, idéalement pendant 5 à 10 secondes.	Afin de permettre aux fines gouttelettes d'aérosol d'atteindre les ramifications profondes des poumons.
30.1.5 Demander à la personne d'expirer par le nez, si c'est possible pour elle.	Pour favoriser l'absorption du médicament.

Étapes exécutoires	Justifications
30.1.6 Attendre une minute entre chaque inhalation. Il n'y a aucun délai d'attente entre l'inhalation de médicaments différents. Cependant, la personne doit avoir repris une respiration normale avant de s'administrer le prochain médicament en aérosol. Passer à l'étape 31.	Afin de permettre aux particules de la première inhalation d'être absorbées avant l'arrivée de la deuxième inhalation.

ALERTE CLINIQUE

Administration de deux médicaments en inhalation

Contrairement à l'idée largement répandue voulant que l'on doive administrer le bronchodilatateur agoniste bêta-2-adrénergique en premier dans le but d'ouvrir les bronches, il n'y a pas d'ordre particulier à respecter pour l'administration des médicaments en inhalation.

Toutes les études cliniques effectuées démontrent que, pour faire une différence, le corticostéroïde en inhalation devrait être administré au pic d'action du bronchodilatateur, ce qui représente une attente de 10 à 20 minutes entre l'administration des 2 médicaments. Par ailleurs, aucune différence notable sur la dyspnée n'a pu être observée relativement à l'ordre d'administration des médicaments utilisés.

Étapes exécutoires	Justifications
30.2 Administrer un médicament par aérosol-doseur avec chambre d'inhalation (Aérochambre^MD).	
30.2.1 Insérer l'embout buccal de l'aérosol-doseur dans l'orifice de la chambre d'inhalation.	Car la chambre d'inhalation emmagasine le médicament libéré par l'aérosol-doseur, ce qui facilite l'inhalation.
30.2.2 Demander à la personne d'expirer lentement par la bouche jusqu'à vider le plus possible ses poumons.	Car cela permettra une inhalation maximale du médicament.
30.2.3 Demander à la personne d'introduire l'embout buccal de la chambre d'inhalation dans sa bouche et de refermer les lèvres autour de celui-ci. 	Afin d'éviter les fuites d'air.
30.2.4 Aviser la personne de ne pas obstruer les ouvertures situées de chaque côté de l'embout buccal avec ses doigts. 	Pour ne pas diminuer l'efficacité de l'appareil.
30.2.5 Demander à la personne d'appuyer sur la cartouche afin d'introduire une vaporisation à l'intérieur de la chambre d'inhalation.	Pour que les fines gouttelettes de médicament y soient en suspension.

Étapes exécutoires	Justifications
30.2.6 Demander à la personne d'inspirer lentement et profondément par la bouche et de retenir chaque inspiration pendant 5 à 10 secondes, puis d'expirer par le nez. Si la personne est incapable de retenir sa respiration pendant plusieurs secondes, lui demander de respirer lentement et profondément dans la chambre d'inhalation, deux ou trois fois.	Afin de permettre une distribution uniforme du médicament dans les voies aériennes profondes.



Rythme d'inspiration et efficacité du médicament

Lorsque la personne inspire trop rapidement, la chambre d'inhalation émet un sifflement pour l'avertir qu'elle doit inspirer plus lentement afin que les particules de médicament aient le temps de se rendre jusqu'aux bronchioles.

Étapes exécutoires	Justifications
30.2.7 Attendre une minute entre chaque inhalation. Il n'y a aucun délai d'attente entre l'inhalation de médicaments différents. Cependant, la personne doit avoir repris une respiration normale avant de s'administrer le prochain médicament en aérosol.	Afin de permettre aux particules de la première inhalation d'être absorbées avant l'arrivée de la deuxième inhalation.
31 **Demander à la personne de se rincer la bouche** ou de se brosser les dents à la suite de l'inhalation d'un médicament contenant un corticostéroïde.	Afin de prévenir le développement d'une infection fongique dans la bouche.

SITUATION CLINIQUE

Compte tenu de la situation de monsieur Roy, pourquoi serait-il préférable d'utiliser une chambre d'inhalation pour aérosol-doseur ? Justifiez votre réponse.

Étapes postexécutoires	Justifications
ÉVALUATION	
32 **Évaluer la façon dont la personne utilise son aérosol-doseur** et la corriger au besoin.	Afin de s'assurer que la personne utilise adéquatement l'aérosol-doseur et qu'elle reçoit tout le médicament prescrit.
33 **Expliquer à la personne l'importance de ne pas répéter les inhalations avant la prochaine dose prescrite,** à moins que ce soit un bronchodilatateur bêta-2-agoniste à courte durée d'action pouvant être administré aussi au besoin.	Afin de maintenir une concentration constante de médicament et de réduire au minimum les effets indésirables.

N'OUBLIEZ PAS !

Les bronchodilatateurs bêta-2-agonistes à courte durée d'action sont les médicaments d'urgence chez les personnes atteintes d'un trouble ou d'une maladie respiratoire et peuvent être utilisés au besoin entre les doses régulières. Tous les autres types de bronchodilatateurs devraient être pris à heures régulières.

Étapes postexécutoires	Justifications
34 **Si la personne ressent des nausées à la suite du dépôt de gouttelettes du médicament sur son pharynx ou sa langue, revoir sa technique d'administration.**	Car cette situation se produit uniquement si le médicament n'est pas diffusé ou inhalé adéquatement.
35 **Enseigner à la personne comment enlever la cartouche du médicament de l'aérosol-doseur pour laver la pièce buccale.** La pièce buccale de l'aérosol-doseur et la chambre d'inhalation, le cas échéant, doivent être lavées à l'eau savonneuse et bien asséchées au moins une fois par semaine.	Pour prévenir la propagation d'agents pathogènes et conserver la fonction antistatique à l'intérieur de la chambre d'inhalation.
36 **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament** ainsi que le nom et la dose du médicament administré. Signer la FADM. (*Voir l'extrait de la FADM, à la page suivante.*)  **N'OUBLIEZ PAS** En vertu du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, l'enregistrement des étapes de préparation et d'administration des médicaments au dossier de la personne est une obligation juridique (S-5, r. 5, art. 53, par. 3.1 ; art. 55, par. 6.1 ; art. 56, par. 5.1) et doit comprendre le nom du médicament, la dose administrée, ainsi que la voie, la date et l'heure d'administration.	Afin d'assurer le respect de l'horaire d'administration.
37 **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription** de l'administration du médicament **au dossier de la personne.** Ranger la FADM.	Afin d'assurer un suivi adéquat. Cette étape consolide le « 6e bon ».
ÉVALUATION	
38 **Procéder à l'auscultation pulmonaire** de la personne **de 5 à 15 minutes après l'administration du médicament, selon le début d'action de celui-ci.**  **ALERTE CLINIQUE** **Réaction indésirable au médicament** En présence de réactions indésirables, il faut cesser l'administration du médicament en raison du risque de réaction allergique ou de choc anaphylactique et en aviser le médecin traitant.	Afin d'assurer le suivi clinique nécessaire, de déterminer l'efficacité du médicament et de détecter l'apparition d'effets indésirables ou de réactions allergiques. Cette évaluation correspond au « 7e bon ».

39 à **43** Effectuer les étapes **A** à **E** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- Dans le cas de l'administration d'un médicament prn :
  - l'évaluation faite avant l'administration ;
  - la date et l'heure de l'administration du médicament ;
  - le nom du médicament et le nombre d'inhalations administrées ;
  - l'évaluation faite après l'administration ;
  - la réaction de la personne et sa collaboration.
- Les techniques enseignées et l'aptitude de la personne à les utiliser, le cas échéant.
- Toute réaction anormale ou indésirable (p. ex. une tachycardie, une toux persistante) survenue à la suite de l'administration du médicament. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Jean-Marie Roy **Dossier 998113**

2021-05-06 08:30 Ausc. pulm. : ↓ MV + ronchus aux bases G+D. F.R. 24/min, SpO_2 95 % avec LN à 2 L/min. AA AD c̄ chambre d'inhalation, sous supervision directe. Utilise correctement les AD et la chambre d'inhalation. Carole Lemire, inf.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER SUR LA FADM

- L'heure d'administration du médicament.
- Votre signature, votre titre et vos initiales aux endroits appropriés.
- Toute autre indication exigée par l'établissement (p. ex. rature de l'heure une fois le médicament administré).

Extrait de la FADM de monsieur Jean-Marie Roy

Médicaments		NUIT 00:00 à 08:00	JOUR 08:00 à 16:00	SOIR 16:00 à 00:00
Médication régulière				
Serevent 50 mcg, 2 inh. bid (salmétérol)	2021-05-05/2021-05-12		08:30 CL	19:00
Atrovent 20 mcg, 2 inh. qid (bromure d'ipratropium)	2021-05-05/2021-05-12	07:00 VP	11:00 15:00	19:00
Flovent 125 mcg, 2 inh. bid (propionate de fluticasone)	2021-05-05/2021-05-12		08:30 CL	19:00
Médication prn				
Ventolin 100 mcg, 2 inh. q 4 h si dyspnée (salbutamol)	2021-05-05/2021-05-12		10:00 CL	

Signature complète de l'infirmière et initiales					
Vitalie Perreault, inf.	VP	Carole Lemire, inf.	CL		



Administration de médicaments par voie topique

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Rassembler tout le matériel nécessaire.
3. Procéder à l'hygiène des mains.

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

4. **Préparer les médicaments d'une seule personne à la fois.**
5. **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).**
6. **Prendre les médicaments de la personne.**
7. **Au besoin, recalculer la dose.**
8. **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments (« 7 bons »).**
9. **Vérifier la date d'expiration.**
10. **S'assurer de connaître le médicament.**
11. **Vérifier les antécédents médicaux de la personne.**
12. **Vérifier si la personne prend d'autres médicaments.**
13. **Relire l'étiquette du contenant à médicament et appliquer de nouveau les 5 premiers « bons ».**
14. **Apporter les médicaments à la personne à l'heure prescrite.**
15. **Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.**
16. Expliquer la procédure de soins à la personne.
17. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
18. Assurer l'intimité de la personne.
19. Régler la hauteur du lit.
20. **Évaluer les connaissances de la personne.**
21. **Enseigner à la personne les effets attendus, l'action et les effets indésirables possibles.**
22. **Évaluer la capacité de la personne à s'administrer elle-même les médicaments.**
23. **Ne jamais laisser les médicaments sans surveillance au chevet de la personne.**
24. **Mettre des gants non stériles.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

25. **Procéder à l'administration du médicament.**
    - 25.1 **Appliquer une crème ou un onguent.**
    - 25.2 **Appliquer un timbre transdermique.**
26. **Jeter le matériel souillé.**
27. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

28. Réinstaller la personne dans le lit.
29. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
30. Procéder à l'hygiène des mains.
31. **Replacer le pot de crème ou le tube d'onguent dans le casier de la personne.**
32. **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament.**
33. **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription au dossier de la personne.**
34. **Évaluer l'état de la personne.**
35. **Si la personne présente une réaction allergique ou des effets indésirables, aviser rapidement le médecin traitant ou l'infirmière responsable.**
36. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
37. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

SITUATION CLINIQUE

CHARLES JEAN-BAPTISTE, 72 ans, est hospitalisé pour une décompensation de son insuffisance cardiaque. Atteint de dégénérescence maculaire, il est aveugle depuis plusieurs années. Vous devez procéder à l'application de son timbre transdermique de Nitro-Dur[MD] 0,4 mg de 10 h.

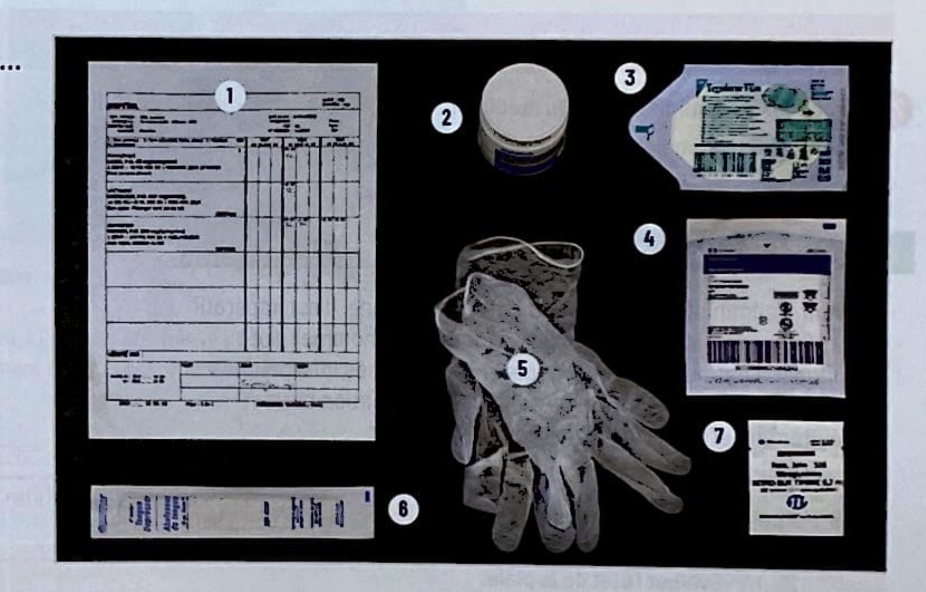
Notions de base

Il est important de mettre des gants au moment d'appliquer une crème, un onguent ou un timbre transdermique afin d'éviter d'absorber soi-même une partie du médicament.

Contrairement aux crèmes et aux onguents, le timbre transdermique assure une libération lente et contrôlée du médicament, et son action cesse au moment où il est retiré. Il permet, pour certains médicaments (p. ex. la nitroglycérine), d'effectuer une pause dans le traitement, empêchant ainsi toute dépendance. Il est donc important de respecter les heures prescrites d'application et de retrait des timbres.

Matériel

- Feuille d'administration des médicaments (FADM) ❶
- Crème ou onguent prescrit ❷
- Pellicule transparente ❸ ou compresse ❹
- Gants non stériles ❺
- Abaisse-langue stérile ❻
- Timbre transdermique ❼



Étapes préexécutoires	Justifications
❶ à ❸ Effectuer les étapes A, C et D présentées à la page 1 (étapes préexécutoires générales).	
❹ à ⓯ Effectuer les étapes A à J, L et M présentées aux pages 208 et 209 (étapes préexécutoires communes).	

Étapes préexécutoires	Justifications
16 à **19** Effectuer les étapes **F**, **G**, **I** et **J** présentées à la page 2 (étapes préexécutoires générales).	

N'OUBLIEZ PAS 

Il est important de bien nettoyer la surface de travail avec une lingette désinfectante avant de procéder aux soins de plaies afin d'éviter tout risque de transmission d'agents pathogènes.

Étapes préexécutoires	Justifications
20 à **23** Effectuer les étapes **N** à **O** présentées aux pages 209 et 210 (étapes préexécutoires communes).	
24 **Mettre des gants non stériles.**	Pour se protéger des liquides biologiques de la personne et éviter la transmission d'agents pathogènes, ainsi que tout contact avec le médicament.

N'OUBLIEZ PAS 

Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.

Étapes exécutoires	Justifications
25 **Procéder à l'administration du médicament** selon l'une des méthodes suivantes. **25.1** Appliquer une crème ou un onguent. **25.2** Appliquer un timbre transdermique.	

N'OUBLIEZ PAS 

Avant d'administrer un médicament à la personne, il est impératif de vérifier son identité en lui demandant de se nommer et de donner sa date de naissance, puis en vérifiant ces informations sur son bracelet d'identité. Cette double vérification permet d'éviter une erreur d'identification.

Étapes exécutoires	Justifications
25.1 Appliquer une crème ou un onguent.	
25.1.1 Évaluer l'état de la plaie.	Afin de vérifier l'efficacité du médicament.
25.1.2 À l'aide d'un abaisse-langue stérile, prendre dans le pot la quantité de crème requise ou extraire l'onguent du tube en pressant ce dernier au-dessus de l'abaisse-langue. Dans le cas d'une administration multidoses, utiliser un nouvel abaisse-langue pour chaque dose prise dans le contenant.	Pour éviter de contaminer le contenu du pot ou du tube.



Étapes exécutoires	Justifications
25.1.3 Avec un doigt ganté, étendre la crème ou l'onguent sur la région à traiter. 	

N'OUBLIEZ PAS 

La crème ou l'onguent doivent être étendus en couche mince et le plus uniformément possible. Une couche trop épaisse nuit à l'absorption du produit. De plus, il est recommandé d'appliquer ces produits en effectuant des mouvements circulaires afin d'en favoriser la pénétration.

Étapes exécutoires	Justifications
25.1.4 Si l'ordonnance le prescrit, appliquer une compresse ou une pellicule transparente sur la région traitée. Passer à l'étape 26. 	
25.2 Appliquer un timbre transdermique.	
25.2.1 Retirer le timbre précédent s'il n'a pas été enlevé et noter son emplacement. Jeter le timbre dans un contenant biorisque.	Car il faut toujours retirer le timbre précédent avant d'en appliquer un nouveau.

N'OUBLIEZ PAS 

Les timbres doivent être appliqués et retirés à des heures précises selon leur durée d'action.

SITUATION CLINIQUE

Au dossier, vous ne trouvez pas l'information concernant l'application du timbre de Nitro-Dur^MD de la veille. Avant d'appliquer le nouveau timbre, vous demandez à monsieur Jean-Baptiste s'il se rappelle où était son timbre d'hier. Il précise qu'il était sur son bras gauche. Vous constatez alors que le timbre de la veille est toujours en place. Que faites-vous ?

Étapes exécutoires	Justifications
25.2.2 Inscrire ses initiales, la date et l'heure sur un ruban adhésif, lequel sera apposé sur le rebord du timbre une fois celui-ci appliqué.	Cela permet de vérifier rapidement la date d'application du timbre, surtout si plus d'un timbre est appliqué.
Il n'est pas recommandé d'écrire directement sur le timbre.	Afin de ne pas percer accidentellement le produit ou de modifier la libération du médicament.

Étapes exécutoires	Justifications
25.2.3 Choisir un site d'application en respectant les directives du fabricant relativement à la rotation des sites.	Car la rotation des sites d'application permet d'éviter une irritation cutanée due au médicament contenu dans le timbre.
Si possible, choisir un site facilement accessible pour la personne (p. ex. un bras, la poitrine), sauf dans le cas d'une personne qui pourrait retirer le timbre de façon arbitraire (p. ex. une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer).	
Éviter d'appliquer le timbre sur une zone comportant un tatouage.	
S'assurer que le site d'application est propre, sec et non gras. Au besoin, nettoyer le site avec de l'eau claire sans savon et assécher complètement la peau.	Car une peau propre favorise l'adhérence du timbre.
S'assurer que le site est exempt de lésion ou de poils. Au besoin, couper les poils qui se trouvent au site d'application. Ne pas utiliser un rasoir à lames, mais plutôt une tondeuse électrique ou des ciseaux.	Car la présence de lésions pourrait modifier le degré d'absorption du médicament. Car une peau sans poils favorise l'adhérence du timbre. Car le rasoir à lames peut irriter la peau et nuire à l'absorption du médicament.
25.2.4 Retirer une moitié de la pellicule transparente protectrice sous le timbre. 	
25.2.5 Appliquer la moitié collante du timbre sur le site choisi et la maintenir en place avec l'autre main. Retirer la deuxième moitié de la pellicule du dessous et coller doucement le reste du timbre sur la peau. 	

ALERTE CLINIQUE

Risque associé à la manipulation des timbres transdermiques

Les timbres transdermiques de type réservoir ne doivent pas être coupés en raison du mode de libération du médicament, qui pourrait occasionner une toxicité. Pour les timbres de type matriciel, il est important de vérifier si le produit peut être coupé. Dans la négative ou en cas de doute, il est possible de réduire la dose du médicament en diminuant proportionnellement la surface de contact du timbre avec la peau (p. ex. en laissant une partie de la pellicule transparente protectrice sous le timbre ou en apposant sous le timbre un pansement occlusif transparent).

Étapes exécutoires	Justifications
25.2.6 Appuyer fermement sur le timbre pendant 30 secondes. 	Car une pression ferme et la chaleur de la main favorisent l'adhérence du timbre.



ALERTE CLINIQUE

Précaution en cas de faible adhérence du timbre

Il ne faut pas recouvrir un timbre transdermique d'un pansement occlusif transparent, car cela pourrait causer une vasodilatation des tissus et augmenter la vitesse d'absorption du médicament.

Si le timbre adhère difficilement à la peau, il peut être utile d'appliquer un pansement stérile de type Band-Aid[MD] aux rebords du timbre.

(26) **Jeter le matériel souillé** selon le protocole en vigueur dans l'établissement.	Afin de réduire le risque de contamination et d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
(27) **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
(28) à (30) Effectuer les étapes A à C présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
(31) **Replacer le pot de crème ou le tube d'onguent dans le casier de la personne.**	
(32) **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament,** le site d'application ainsi que le nom et la dose du médicament administré. Signer la FADM. (*Voir l'extrait de la FADM, à la page 271.*)	Afin d'assurer le respect de l'horaire d'administration.

N'OUBLIEZ PAS !

En vertu du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, l'enregistrement des étapes de préparation et d'administration des médicaments au dossier de la personne est une obligation juridique (S-5, r. 5, art. 53, par. 3.1; art. 55, par. 6.1; art. 56, par. 5.1) et doit comprendre le nom du médicament, la dose administrée, ainsi que la voie, la date et l'heure d'administration.

(33) **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription** de l'administration du médicament **au dossier de la personne.** Ranger la FADM.	Afin d'assurer un suivi adéquat. Cette étape consolide le « 6[e] bon ».

Étapes postexécutoires	Justifications
ÉVALUATION 	
34 **Évaluer l'état de la personne** à la suite de la prise du médicament, soit après 15 à 45 minutes, selon le pic d'action associé à la voie d'administration.	Afin d'assurer le suivi clinique nécessaire, de déterminer l'efficacité du médicament et de détecter l'apparition d'effets indésirables ou de réactions allergiques. Cette étape correspond au « 7e bon ».
35 **Si la personne présente une réaction allergique ou des effets indésirables, aviser rapidement le médecin traitant ou l'infirmière responsable.**  **Réaction indésirable au médicament** En présence de réactions indésirables, il faut cesser l'administration du médicament en raison du risque de réaction allergique ou de choc anaphylactique et en aviser le médecin traitant.	Afin que le médecin modifie l'ordonnance et que l'équipe traitante prenne les mesures requises.

36 et 37 Effectuer les étapes D et E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La réaction de la personne et sa collaboration, si c'est pertinent.
- Toute réaction anormale ou indésirable (p. ex. rougeur, démangeaisons) survenue pendant les soins ou à la suite de ceux-ci. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Charles Jean-Baptiste **Dossier 456789**

2021-05-10	10:00	Timbre transdermique Nitro-Dur 0,4 mg de la veille toujours en place au BG. Retiré, rapport AH-223-1 rempli. Médecin avisé : attendons son avis avant d'appliquer le timbre de 10:00.
2021-05-10	11:00	Appel du Dr Labonté, demande d'appliquer le timbre transdermique Nitro-Dur 0,4 mg, dose de 10 h. Vitalie Perreault, inf.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER SUR LA FADM

- L'heure d'administration du médicament.
- Votre signature, votre titre et vos initiales aux endroits appropriés.
- Toute autre indication exigée par l'établissement (p. ex. rature de l'heure une fois le médicament administré).

Extrait de la FADM de monsieur Charles Jean-Baptiste

Médicaments	NUIT 00:00 à 08:00	JOUR 08:00 à 16:00	SOIR 16:00 à 00:00
Médication régulière			
Nitro-Dur 0,4 mg 12 h/24 de jour (nitroglycérine) Début : 2021-05-05 Fin : 2021-05-12		Application ~~10:00~~ 11:00 bras droit VP	Retrait 20:00

Signature complète de l'infirmière et initiales					
		Vitalie Perreault, inf.	VP		

Notes



Préparation des injections

RÉSUMÉ DES ÉTAPES



ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Rassembler tout le matériel nécessaire.
3. Procéder à l'hygiène des mains.
4. **Préparer les médicaments d'une seule personne à la fois.**
5. **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).**
6. **Prendre les médicaments de la personne.**
7. **Au besoin, recalculer la dose.**
8. **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments (« 7 bons »).**
9. **Vérifier la date d'expiration.**
10. **S'assurer de connaître le médicament.**
11. **Vérifier les antécédents médicaux de la personne.**
12. **Vérifier si la personne prend d'autres médicaments.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

13. **Préparer une étiquette.**
14. **Procéder à la préparation de l'injection.**
    - 14.1 **Préparer un médicament à partir d'une ampoule.**
    - 14.2 **Préparer un médicament prédilué à partir d'une fiole.**
    - 14.3 **Préparer un médicament en poudre à partir d'une fiole (reconstituer un médicament).**
15. **Pour une injection par voie I.D., S.C. ou I.M., changer l'aiguille. Couvrir l'aiguille avec le capuchon protecteur.**
16. **Apposer l'étiquette sur le capuchon de l'aiguille.**
17. **Jeter les fioles utilisées dans un contenant biorisque.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

18. **Jeter le matériel souillé.**
19. **Procéder à l'hygiène des mains.**

SITUATION CLINIQUE

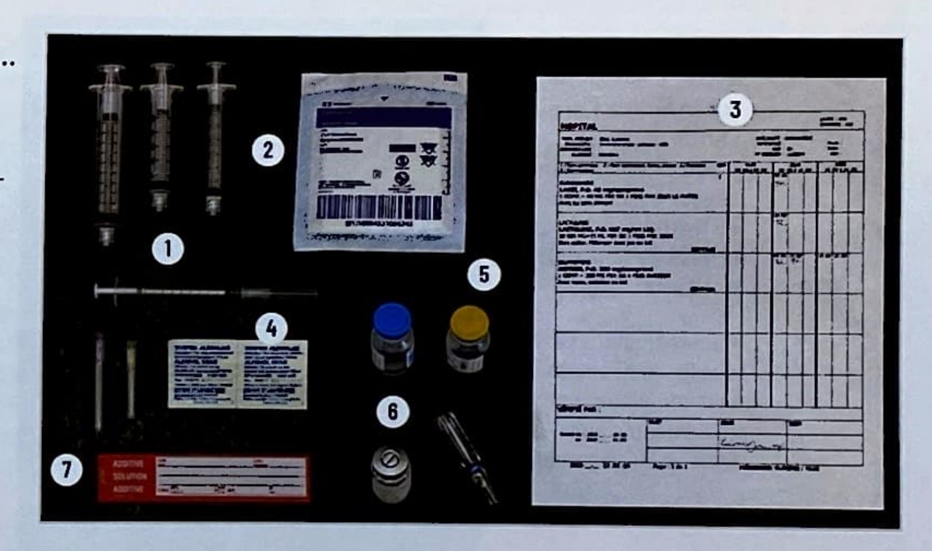
CHARLES JEAN-BAPTISTE, 72 ans, est hospitalisé pour une décompensation de son insuffisance cardiaque. Atteint de dégénérescence maculaire, il est aveugle depuis plusieurs années. Il présente un œdème à godet important aux membres inférieurs et une ascite à l'abdomen. Comme sa mobilité est réduite, le médecin a prescrit de l'héparine par voie sous-cutanée toutes les huit heures dans le but de prévenir la formation d'un thrombus.

Notions de base

Administrer un médicament par voie intramusculaire (I.M.), sous-cutanée (S.C.), intradermique (I.D.) ou par microperfuseur constitue une intervention invasive qui doit être effectuée dans le respect rigoureux des principes d'asepsie. L'infirmière doit être à l'affût d'une potentielle contamination de l'aiguille, de l'ampoule ou des fioles.

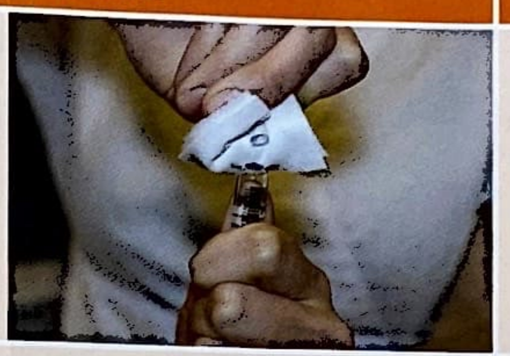
Matériel

- Seringues et aiguilles ❶
- Compresse stérile ❷
- Feuille d'administration des médicaments (FADM) ❸
- Tampons d'alcool 70 % ❹
- Solution en fiole et eau stérile ❺
- Médicament en ampoule ou en fiole ❻
- Étiquette d'identification ❼
- Contenant biorisque pour objets piquants et tranchants



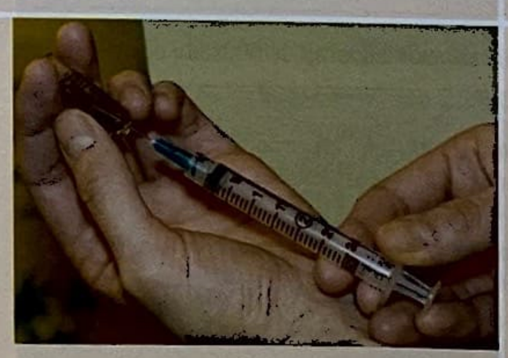
Étapes préexécutoires	Justifications
❶ à ❸ Effectuer les étapes A, C et D présentées à la page 1 (étapes préexécutoires générales).	
❹ à ⓬ Effectuer les étapes A à I présentées aux pages 208 et 209 (étapes préexécutoires communes).	

Étapes exécutoires	Justifications
13 **Préparer une étiquette** avec le nom et le prénom de la personne, le numéro de la chambre, le nom du médicament, la dose préparée, la voie d'administration, ainsi que la date, l'heure et ses initiales. 	Afin de respecter les principes de préparation sécuritaire des médicaments et, ainsi, de prévenir une erreur.
14 **Procéder à la préparation de l'injection** selon l'une des méthodes suivantes. **14.1** Préparer un médicament à partir d'une ampoule. **14.2** Préparer un médicament prédilué à partir d'une fiole. **14.3** Préparer un médicament en poudre à partir d'une fiole (reconstituer un médicament).	
14.1 **Préparer un médicament à partir d'une ampoule.**	
14.1.1 Donner des chiquenaudes sur la tige supérieure de l'ampoule afin de déloger le médicament présent dans le col de celle-ci ou frotter rapidement la base de l'ampoule sur une surface rigide. Répéter jusqu'à ce que le médicament soit complètement redescendu dans le corps de l'ampoule. 	Afin de faire descendre tout le médicament dans le corps de l'ampoule.
14.1.2 Recouvrir le col de l'ampoule d'une compresse ou d'un tampon d'alcool scellé. En cas de blessure en rompant l'ampoule, jeter celle-ci, car le produit a pu être contaminé, couvrir la plaie, puis ouvrir une nouvelle ampoule. 	Afin de se protéger les doigts d'une coupure accidentelle par les particules de verre.

Étapes exécutoires	Justifications
14.1.3 Casser le col de l'ampoule en le pliant d'un mouvement ferme et rapide vers l'extérieur. Jeter la tige supérieure de l'ampoule dans le contenant biorisque pour objets piquants et tranchants. 	Afin d'éviter que les éclats de verre soient projetés sur l'infirmière.
14.1.4 Déposer l'ampoule sur une surface plane et propre.	
14.1.5 Prendre la seringue avec la main dominante et retirer le capuchon protecteur de l'aiguille en évitant que celle-ci touche le pourtour du capuchon. Déposer le capuchon sur une compresse stérile, dans l'enveloppe protectrice stérile de l'aiguille ou de la seringue, ou sur la paroi interne d'un tampon d'alcool.	Car le pourtour du capuchon n'est pas stérile et risque de contaminer l'aiguille. Le capuchon doit rester stérile, car il sera remis sur l'aiguille.
14.1.6 Tenir le piston et les ailettes de la seringue avec le pouce, l'index et le majeur de la main dominante. Prendre l'ampoule entre l'index et le majeur de la main non dominante et l'incliner à 30°, ou la laisser sur la surface plane. Saisir la seringue avec le pouce et l'annulaire de la main non dominante.	Ces techniques stabilisent l'ampoule et facilitent les manipulations.

N'OUBLIEZ PAS 

Dans le cas des ampoules de 4 mL et plus, le contenu risque de s'échapper de l'ampoule au moment d'y insérer l'aiguille. Il est donc préférable de la laisser sur une surface plane et de ne pas la retourner. On doit toutefois veiller à ce que l'aiguille ne touche pas le bord de l'ampoule au moment de son insertion.

Étapes exécutoires	Justifications
14.1.7 Introduire l'aiguille au centre de l'ampoule en évitant que le biseau et la tige de l'aiguille entrent en contact avec le bord de l'ampoule. 	Car le bord de l'ampoule est considéré comme contaminé.

Étapes exécutoires	Justifications
14.1.8 En maintenant le biseau de l'aiguille immergé dans le médicament tout au long du prélèvement, aspirer lentement le médicament en tirant délicatement le piston. 	Car l'immersion du biseau prévient l'aspiration de bulles d'air. La traction du piston crée une pression négative à l'intérieur du cylindre de la seringue, ce qui permet d'aspirer le médicament dans la seringue.

ALERTE CLINIQUE

Injection d'air dans l'ampoule

Il ne faut jamais injecter d'air dans une ampoule, car cela créerait une pression qui expulserait du liquide hors de celle-ci.

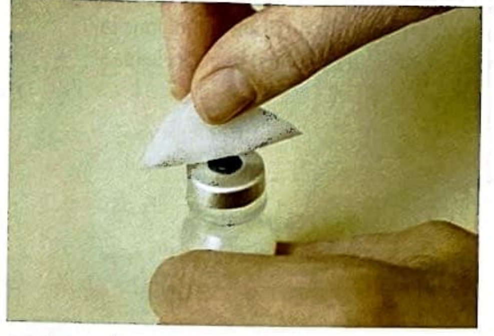
Étapes exécutoires	Justifications
14.1.9 Retirer l'aiguille de l'ampoule et la tenir pointée vers le haut.	
Donner des chiquenaudes sur le cylindre de la seringue pour diriger les bulles d'air vers l'aiguille.	
Tirer légèrement le piston afin de ramener le médicament contenu dans l'aiguille vers la seringue.	Donner des chiquenaudes fait monter le médicament dans l'aiguille ; il faut donc le faire redescendre en tirant sur le piston avant d'expulser les bulles d'air, afin d'éviter de perdre du médicament.
Tenir la seringue à la verticale et en expulser l'air en appuyant sur le piston jusqu'à l'apparition d'une goutte de liquide dans le biseau de l'aiguille.	Tenir la seringue à la verticale permet de maintenir le liquide au fond du cylindre.
Le vide d'air d'un médicament à doses multiples peut se faire aussi à l'intérieur du flacon en y réinsérant l'aiguille.	

N'OUBLIEZ PAS



Il faut éviter de trop tirer sur le piston, car cela risquerait de l'extraire du cylindre.

Étapes exécutoires	Justifications
14.1.10 Si trop de médicament a été aspiré, tenir la seringue à l'horizontale, le biseau de l'aiguille pointant vers le bas, et expulser le liquide dans un contenant biorisque. Santé Canada recommande de ne jeter aucun médicament dans l'évier, une poubelle ou les toilettes.	Pointer le biseau de l'aiguille vers le bas permet d'expulser le médicament sans qu'il coule le long de l'aiguille.
14.1.11 Tenir la seringue à la verticale, à la hauteur des yeux, et vérifier l'exactitude du volume prélevé. S'assurer qu'il ne reste pas de bulles d'air ; le cas échéant, les expulser. Passer à l'étape 15. 	Car les bulles d'air occupent le volume prévu pour le médicament. Les expulser permet d'aspirer la dose exacte prescrite.

Étapes exécutoires	Justifications
14.2 Préparer un médicament prédilué à partir d'une fiole.	
14.2.1 Retirer le capuchon protecteur de la fiole afin d'exposer l'opercule de caoutchouc stérile en évitant de le contaminer. 	Le capuchon prévient la contamination de l'opercule en caoutchouc. Le capuchon ne peut être remis en place une fois le sceau retiré.
Désinfecter soigneusement l'opercule avec un tampon d'alcool 70 %, en effectuant une friction avec mouvements circulaires (du centre vers l'extérieur) pendant 15 secondes.	
Laisser sécher pendant au moins 30 secondes avant de prélever le médicament.	Pour permettre à l'alcool de produire son effet aseptisant.
14.2.2 Prendre la seringue avec la main dominante et retirer le capuchon protecteur de l'aiguille en évitant que celle-ci touche le pourtour du capuchon.	Car le pourtour du capuchon n'est pas stérile et risque de contaminer l'aiguille.
Déposer le capuchon sur une compresse stérile, dans l'enveloppe protectrice stérile de l'aiguille ou de la seringue, ou sur la paroi interne d'un tampon d'alcool.	Le capuchon doit rester stérile, car il sera remis sur l'aiguille.
Aspirer dans la seringue le volume d'air équivalant au volume de médicament à prélever.	Ce volume d'air sera injecté dans la fiole avant de retirer le médicament.
14.2.3 Déposer la fiole à plat sur une surface plane et propre et introduire le biseau de l'aiguille au centre de l'opercule de caoutchouc. 	Car le centre de l'opercule est plus mince et est plus facile à perforer.
Appuyer légèrement sur l'aiguille pour la faire pénétrer à l'intérieur de la fiole.	
14.2.4 Tenir la fiole entre l'index et le majeur de la main non dominante et la retourner. 	Retourner la fiole permet d'amener le liquide au-dessus de l'opercule.
Saisir la seringue avec le pouce et l'annulaire de la main non dominante.	Car cette position des mains facilite la manipulation de la seringue, de la fiole et du piston.
Tenir le piston et les ailettes de la seringue avec le pouce, l'index et le majeur de la main dominante.	
Injecter une partie de l'air de la seringue dans la fiole, puis prélever une partie du liquide, et ce, en alternance jusqu'à l'obtention de la quantité prescrite de solution dans la seringue.	Car l'alternance entre l'injection d'air et le prélèvement de liquide permet d'équilibrer la pression à l'intérieur de la fiole et d'éviter une expulsion trop rapide de la solution.

Étapes exécutoires	Justifications
Le vide d'air peut également se faire à l'étape précédente (14.2.3), immédiatement après avoir introduit l'aiguille à l'intérieur de la fiole. Il est possible d'injecter complètement l'air de la seringue dans la fiole avant de retourner celle-ci, avec la seringue, pour prélever le médicament. **N'OUBLIEZ PAS**  Pendant l'aspiration du médicament, il faut maintenir l'extrémité de l'aiguille immergée dans le liquide afin d'éviter d'aspirer de l'air.	
14.2.5 Donner de petites chiquenaudes sur le cylindre de la seringue pour diriger les bulles d'air vers l'aiguille et les repousser dans la fiole.	Frapper fortement sur le cylindre peut abîmer l'aiguille. Les bulles d'air occupent le volume prévu pour le médicament. Les expulser permet d'aspirer la dose exacte prescrite.
14.2.6 Retourner de nouveau la fiole et tirer sur le cylindre pour retirer l'aiguille. 	Le fait de retourner la fiole évite que le liquide qu'elle contient soit expulsé par la pression encore présente. Retirer la seringue en la tenant par le cylindre évite que le piston soit extrait du cylindre.
14.2.7 Tenir la seringue à la verticale, à la hauteur des yeux, et vérifier l'exactitude du volume prélevé. S'assurer qu'il ne reste pas de bulles d'air ; le cas échéant, les expulser.  Si trop de médicament a été aspiré, tenir la seringue à l'horizontale, le biseau de l'aiguille pointant vers le bas, et expulser le liquide dans un contenant biorisque. Santé Canada recommande de ne jeter aucun médicament dans l'évier, une poubelle ou les toilettes. Passer à l'étape 15.	Pointer le biseau de l'aiguille vers le bas permet d'expulser le médicament sans qu'il coule le long de l'aiguille.

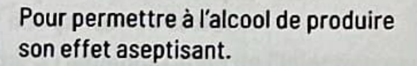
SITUATION CLINIQUE

Vous devez administrer à monsieur Jean-Baptiste la dose de 5000 unités d'héparine S.C. prévue à 15 h.

a) Vous disposez de deux fioles d'héparine de concentration différente : une fiole de 50 000 unités/5 mL et une autre de 10 000 unités/10 mL. Laquelle allez-vous choisir ? Justifiez votre réponse.

b) Quel format de seringue allez-vous utiliser ? Justifiez votre réponse.

c) Quel calibre et quelle longueur d'aiguille allez-vous choisir ? Justifiez votre réponse.

Étapes exécutoires	Justifications
14.3 Préparer un médicament en poudre à partir d'une fiole (reconstituer un médicament).	
14.3.1 Retirer les capuchons protecteurs des fioles afin d'exposer les opercules de caoutchouc stériles en évitant de les contaminer.	Le capuchon prévient la contamination de l'opercule en caoutchouc. Le capuchon ne peut être remis en place une fois le sceau retiré.
Désinfecter soigneusement chaque opercule avec un tampon d'alcool 70 %, en effectuant une friction avec mouvements circulaires (du centre vers l'extérieur) pendant 15 secondes.	
Laisser sécher pendant au moins 30 secondes avant de prélever le médicament.	Pour permettre à l'alcool de produire son effet aseptisant. 
14.3.2 Déposer les fioles sur une surface plane et propre.	
Prendre la seringue avec la main dominante et retirer le capuchon protecteur de l'aiguille en évitant que celle-ci touche le pourtour du capuchon.	Car le pourtour du capuchon n'est pas stérile et risque de contaminer l'aiguille.
Déposer le capuchon sur une compresse stérile, dans l'enveloppe protectrice stérile de l'aiguille ou de la seringue, ou sur la paroi interne d'un tampon d'alcool.	Le capuchon doit rester stérile, car il sera remis sur l'aiguille.
Introduire le biseau de l'aiguille au centre de l'opercule de caoutchouc de la fiole contenant le médicament en poudre et insérer l'aiguille dans la fiole.	Car le centre de l'opercule est plus mince et est plus facile à perforer.
14.3.3 Aspirer dans la seringue le volume d'air équivalant à celui de la solution de dilution à introduire dans la fiole.	Retirer l'air évite qu'une trop forte pression soit exercée dans la fiole de poudre lors de l'ajout du diluant et prévient les éclaboussures.
Maintenir le piston afin d'éviter qu'il descende.	La pression contenue dans la fiole exercera une pression sur le piston.
14.3.4 Prélever le solvant dans la seringue en suivant les étapes 14.2.3 à 14.2.7.	
14.3.5 Introduire l'extrémité de l'aiguille au centre de l'opercule de caoutchouc de la fiole de médicament en poudre.	Car le centre de l'opercule est plus mince et est plus facile à perforer.
Maintenir la fiole inclinée et injecter lentement la solution de dilution sur la paroi de la fiole, puis retirer l'aiguille et remettre le capuchon.	La solution de dilution sert à dissoudre la poudre pour reconstituer le médicament.

Étapes exécutoires	Justifications
14.3.6 Mélanger soigneusement le médicament en faisant rouler la fiole entre les paumes des mains ; ne pas secouer. 	Afin d'assurer la dissolution du médicament et d'obtenir un liquide homogène. Des bulles se formeront si la fiole est secouée.
14.3.7 Désinfecter l'opercule de caoutchouc avec un tampon d'alcool 70 % pendant 15 secondes et laisser sécher au moins 30 secondes.	Comme l'opercule a pu être touché lors du mélange, il n'est plus considéré comme stérile.
14.3.8 Aspirer dans la seringue la quantité d'air équivalant à la quantité de médicament à prélever.	L'air permettra de maintenir la pression dans la fiole lorsque le médicament sera prélevé.
14.3.9 Prélever le médicament dans la seringue en suivant les étapes 14.2.3 à 14.2.7.	
15 **Pour une injection par voie I.D., S.C. ou I.M., changer l'aiguille** si : • il y a présence de médicament sur l'aiguille ou l'embase de l'aiguille ; • le calibre ou la longueur de l'aiguille ne correspondent pas à la voie d'administration ; • l'aiguille a été contaminée ; • la pointe biseautée de l'aiguille est émoussée. Si la seringue doit être aboutée à un bouchon ou à une tubulure, il n'est pas nécessaire de changer l'aiguille, car celle-ci ne sera pas utilisée. **Couvrir l'aiguille avec le capuchon protecteur** en évitant que l'aiguille touche à son pourtour.	Certains milieux cliniques considèrent comme contaminée une aiguille sur laquelle se trouve du médicament. L'utilisation d'une nouvelle aiguille évite le dépôt de médicament dans la peau et les tissus sous-cutanés de la personne, ce qui est préférable, surtout si le médicament injecté est irritant. La pointe biseautée de l'aiguille peut s'émousser si elle est introduite à plusieurs reprises dans un opercule en caoutchouc. Car le pourtour du capuchon n'est pas stérile et risque de contaminer l'aiguille.
16 **Apposer l'étiquette** remplie à l'étape 13 **sur le capuchon de l'aiguille.**	La présence de l'étiquette réduit le risque d'erreurs d'identification du médicament.
17 **Jeter les fioles utilisées dans un contenant biorisque.**	

Étapes postexécutoires	Justifications
18 **Jeter le matériel souillé** selon le protocole en vigueur dans l'établissement.	Afin de réduire le risque de contamination et d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
19 **Procéder à l'hygiène des mains.**	



Administration des injections par voie sous-cutanée

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Rassembler tout le matériel nécessaire.
3. Procéder à l'hygiène des mains.
4. **Préparer les médicaments d'une seule personne à la fois.**
5. **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).**
6. **Prendre les médicaments de la personne.**
7. **Au besoin, recalculer la dose.**
8. **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments (« 7 bons »).**
9. **Vérifier la date d'expiration.**
10. **S'assurer de connaître le médicament.**
11. **Vérifier les antécédents médicaux de la personne.**
12. **Vérifier si la personne prend d'autres médicaments.**
13. **Relire l'étiquette du contenant à médicament et appliquer de nouveau les 5 premiers « bons ».**
14. **Apporter les médicaments à la personne à l'heure prescrite.**
15. **Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.**
16. Expliquer la procédure de soins à la personne.
17. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
18. Assurer l'intimité de la personne.
19. **Évaluer les connaissances de la personne.**
20. **Enseigner à la personne les effets attendus, l'action et les effets indésirables possibles.**
21. **Évaluer la capacité de la personne à s'administrer elle-même les médicaments.**
22. **Ne jamais laisser les médicaments sans surveillance au chevet de la personne.**
23. **Prendre en considération les contre-indications.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

24. **Préparer le médicament prescrit de façon stérile.**
25. **Aider la personne à prendre la position appropriée.**
26. **Découvrir le site choisi.**
27. **Mettre des gants non stériles.**
28. **Procéder à l'administration de l'injection par voie S.C.**
    - 28.1 **Administrer un médicament par voie S.C.**
    - 28.2 **Administrer de l'héparine par voie S.C.**
29. **Jeter la seringue avec aiguille dans un contenant biorisque.**
30. **Jeter le matériel souillé.**
31. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

32. Réinstaller la personne dans le lit.
33. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
34. Procéder à l'hygiène des mains.
35. **Demeurer auprès de la personne durant trois à cinq minutes.**
36. **Vérifier si la personne éprouve une sensation de douleur, de brûlure, d'engourdissement ou de démangeaison.**
37. **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament.**
38. **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription au dossier de la personne.**
39. **Évaluer l'état de la personne.**
40. **Inspecter le site d'injection.**
41. **Si la personne présente une réaction allergique ou des effets indésirables, aviser rapidement le médecin traitant ou l'infirmière responsable.**
42. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
43. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

SITUATION CLINIQUE

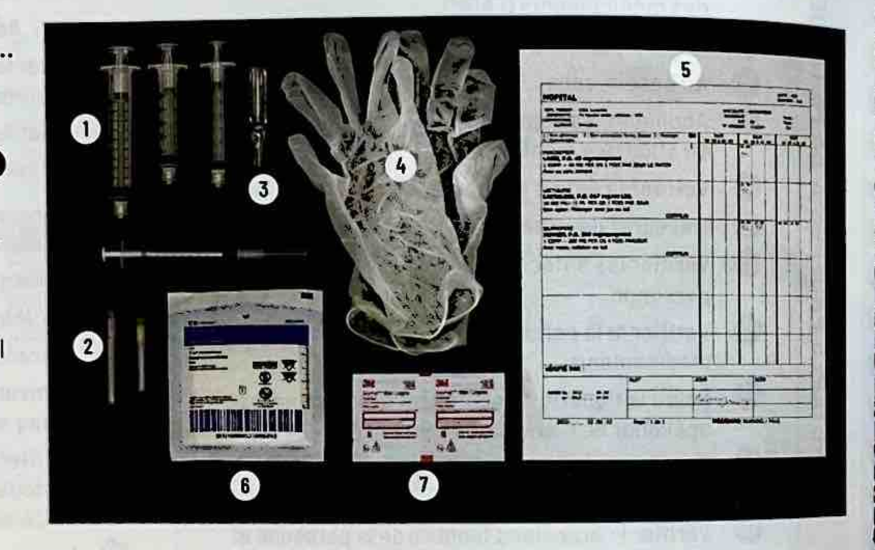
CHARLES JEAN-BAPTISTE, 72 ans, est hospitalisé pour une décompensation de son insuffisance cardiaque. Atteint de dégénérescence maculaire, il est aveugle depuis plusieurs années. Il présente un œdème à godet important aux membres inférieurs et une ascite à l'abdomen. Comme sa mobilité est réduite, le médecin a prescrit de l'héparine par voie sous-cutanée toutes les huit heures dans le but de prévenir la formation d'un thrombus.

Notions de base

Administrer un médicament par voie sous-cutanée (S.C.) constitue une intervention invasive qui doit être effectuée dans le respect rigoureux des principes d'asepsie. Un risque d'infection est présent dès qu'une aiguille transperce la peau. De ce fait, il est important de désinfecter le site d'injection avec une solution de chlorhexidine et d'alcool 70 %. L'absorption des médicaments par voie S.C. est plus lente, car les tissus sont moins vascularisés.

Matériel

- Seringues ❶ et aiguilles ❷ (*voir les tableaux ci-dessous*)
- Fiole ou ampoule de médicament ❸
- Gants non stériles ❹
- Feuille d'administration des médicaments (FADM) ❺
- Compresse stérile ❻
- Tampons de chlorhexidine et d'alcool 70 % ❼



Quantité injectable	Seringue
1 mL ou moins, ou 3 mL si la quantité a une précision au dixième de mL	1 mL (tuberculine)
1 mL ou plus	3 mL

Aiguille		
Calibre	**Longueur**	**Angle d'injection**
25 à 27	1,3 cm (½ po)	Angle à 90°
	1,6 cm (⅝ po)	Angle à 45°

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2021).

Étapes préexécutoires	Justifications
1 à 3 Effectuer les étapes A, C et D présentées à la page 1 (étapes préexécutoires générales).	
4 à 15 Effectuer les étapes A à J, L et M présentées aux pages 208 et 209 (étapes préexécutoires communes).	
16 à 18 Effectuer les étapes F, G et I présentées à la page 2 (étapes préexécutoires générales).	
19 à 22 Effectuer les étapes N à O présentées aux pages 209 et 210 (étapes préexécutoires communes).	



N'OUBLIEZ PAS

La préparation d'un médicament à risque nécessite une double vérification indépendante, c'est-à-dire qu'elle doit toujours être vérifiée par deux infirmières. Une première infirmière prépare le médicament en comparant d'abord par elle-même la fiole et le nombre d'unités prélevé avec la FADM. Elle demande ensuite à une autre infirmière d'effectuer les mêmes vérifications de manière autonome (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2020).



ÉVALUATION

23 Avant de procéder à l'injection, **prendre en considération les contre-indications** suivantes : • présence de plaies, d'indurations, de contusions, d'œdème, de cachexie ; • diminution de la perfusion tissulaire locale.	Car une vascularisation réduite des tissus compromet l'absorption et la distribution du médicament.



N'OUBLIEZ PAS

Il est important d'alterner les sites d'injection lorsque plusieurs injections doivent être administrées au cours d'une même journée. L'alternance des sites assure le maintien d'une bonne intégrité des tissus et diminue le risque d'induration ou de lipodystrophie.

Étapes exécutoires	Justifications
24 **Préparer le médicament prescrit de façon stérile** à partir d'une ampoule ou d'une fiole (*voir la méthode 5.9, à la page 272*).	Car la méthode diffère selon qu'il s'agit d'une ampoule ou d'une fiole.
25 **Aider la personne à prendre la position appropriée.** Demander à la personne d'essayer de se relaxer afin de détendre la région où l'injection sera administrée.	Afin qu'elle se sente bien et évite de se déplacer durant la procédure.



N'OUBLIEZ PAS

Il faut adapter la position de la personne à son état de santé, de façon à lui assurer un maximum de confort pendant la procédure.

26 Au besoin, **découvrir le site choisi** tout en respectant la pudeur de la personne.	

Étapes exécutoires	Justifications
27 **Mettre des gants non stériles.**	Pour se protéger du sang de la personne et éviter la transmission d'agents pathogènes.

N'OUBLIEZ PAS 

Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.

28 **Procéder à l'administration de l'injection par voie S.C.** selon l'une des méthodes suivantes.

28.1 Administrer un médicament par voie S.C.

28.2 Administrer de l'héparine par voie S.C.

N'OUBLIEZ PAS 

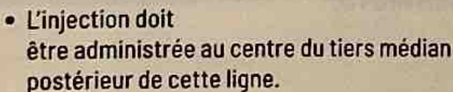
Avant d'administrer un médicament à la personne, il est impératif de vérifier son identité en lui demandant de se nommer et de donner sa date de naissance, puis en vérifiant ces informations sur son bracelet d'identité. Cette double vérification permet d'éviter une erreur d'identification.

28.1 Administrer un médicament par voie S.C.

Étapes exécutoires	Justifications
28.1.1 Choisir le site d'injection en palpant les sites potentiels. Éviter ceux qui présentent une masse, de la douleur ou une atteinte à l'intégrité de la peau. Pour les injections d'insuline (ou toute injection administrée sur une base régulière ou quotidienne), assurer une rotation quotidienne des sites, en respectant une distance minimale de 2,5 cm par rapport au site de l'injection précédente.	Au moment de la sélection du site d'injection, il est essentiel de tenir compte de l'état des tissus et du type de médicament à administrer.

a) Injection dans le bras :

- Se représenter une ligne reliant l'articulation du coude à celle de l'épaule et diviser cette ligne en trois parties égales.
- L'injection doit être administrée au centre du tiers médian postérieur de cette ligne.



Étapes exécutoires	Justifications
b) Injection dans la cuisse : • Se représenter une ligne centrale reliant l'articulation du genou à celle de la hanche et diviser cette ligne en trois parties égales.  • L'injection doit être administrée dans le tiers médian de cette ligne.	
c) Injection périombilicale : • Se représenter une horloge dont le point central serait l'ombilic. • Délimiter un espace d'une largeur d'environ 5 cm tout autour de l'ombilic.  • L'injection doit être administrée autour de l'ombilic à l'extérieur de cette portion de 5 cm.	
28.1.2 Avec un tampon de chlorhexidine et d'alcool 70 %, désinfecter le site d'injection en effectuant un mouvement en spirale, du centre vers la périphérie.	Une désinfection du centre vers la périphérie évite de recontaminer la partie désinfectée.
Couvrir un diamètre de désinfection de 5 cm autour du site d'injection et attendre au moins 30 secondes qu'il sèche entièrement, sans agiter la main, ni souffler sur le site, ni l'éponger.	Ce délai permet à l'antiseptique de produire son effet et évite une sensation de brûlure au moment de l'injection. Les gestes d'agiter la main au-dessus du site, de souffler dessus ou de l'éponger risquent de le contaminer.
28.1.3 Débloquer le capuchon protecteur de l'aiguille sans le retirer ni le contaminer.  	Car le déblocage du capuchon facilite son retrait.

Étapes exécutoires	Justifications
28.1.4 De la main dominante, prendre la seringue avec le pouce et l'index, comme un crayon, et retirer le capuchon protecteur de l'aiguille avec la main non dominante en évitant que celle-ci touche le pourtour du capuchon. 	Tenir la seringue de cette façon facilite l'insertion de l'aiguille dans le tissu sous-cutané. Car le pourtour du capuchon n'est pas stérile et risque de contaminer l'aiguille.
28.1.5 Pincer la peau avec le pouce et l'index de la main non dominante.	Car l'aiguille pénètre plus facilement dans une peau pincée que dans une peau relâchée.

N'OUBLIEZ PAS 

L'injection doit être administrée dans un pli cutané d'environ 2,5 cm. Si la personne est obèse, il est recommandé de tendre la peau. Sinon, il est préférable de lui pincer la peau.

Étapes exécutoires	Justifications
28.1.6 Introduire rapidement l'aiguille à un angle de 90° (aiguille de ½ po) si le pli cutané est d'au moins 2,5 cm, sinon à un angle de 45° (aiguille de ⅝ de po). Relâcher la peau.	L'introduction rapide de l'aiguille diminue la douleur.
Déplacer le pouce et l'index de la main non dominante vers la partie inférieure de la seringue et bien la maintenir. 	Cela permet de stabiliser la seringue pendant l'injection.
28.1.7 Injecter lentement le médicament en appuyant sur le piston. Une fois l'injection terminée, laisser l'aiguille en place au moins 10 secondes. 	Une injection lente réduit la douleur et le traumatisme des tissus. Ce délai permet l'absorption du médicament.

Étapes exécutoires	Justifications
28.1.8 Retirer doucement l'aiguille et appliquer une légère pression avec une compresse sur le site d'injection.	Une légère pression sur le site d'injection permet de maîtriser le saignement, le cas échéant, et d'éviter le retour d'une partie du médicament.
Éviter de masser le point d'injection.	Car le massage du site après une injection peut avoir un effet négatif (p. ex. un saignement dans le cas de l'héparine).
Passer à l'étape 29.	
28.2 Administrer de l'héparine par voie S.C.	
28.2.1 Choisir le site d'injection en privilégiant la région périombilicale. Palper les sites potentiels en évitant ceux qui présentent une masse, de la douleur ou une atteinte à l'intégrité de la peau. Assurer une rotation quotidienne des sites dans la région choisie, en respectant une distance minimale de 2,5 cm par rapport au site de l'injection précédente.	La région périombilicale est recommandée en raison de sa vascularisation (pour une meilleure absorption) et du fait qu'elle est moins à risque de coup ou de choc, évitant ainsi les bleus ou les hématomes.

a) Injection périombilicale :

- Se représenter une horloge dont le point central serait l'ombilic.
- Délimiter un espace d'une largeur d'environ 5 cm tout autour de l'ombilic.
- L'injection doit être administrée autour de l'ombilic à l'extérieur de cette portion de 5 cm.

Piquer à l'extérieur du cercle

b) Injection dans la cuisse :





- Se représenter une ligne centrale reliant l'articulation du genou à celle de la hanche et diviser cette ligne en trois parties égales.
- L'injection doit être administrée dans le tiers médian de cette ligne.

Étapes exécutoires	Justifications

c) Injection dans le bras :

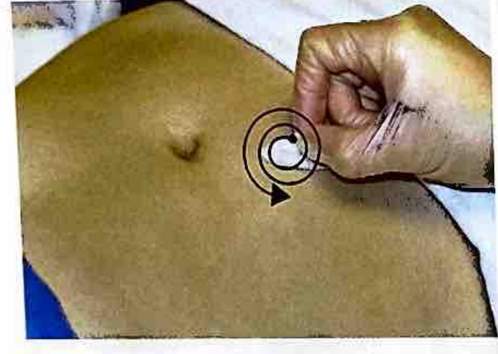


- Se représenter une ligne reliant l'articulation du coude à celle de l'épaule et diviser cette ligne en trois parties égales.
- L'injection doit être administrée au centre du tiers médian postérieur de cette ligne.

SITUATION CLINIQUE

Étant donné la situation clinique de monsieur Jean-Baptiste, quel site d'injection devriez-vous choisir pour l'administration de l'héparine ?

28.2.2 Avec un tampon de chlorhexidine et d'alcool 70 %, désinfecter le site d'injection en effectuant un mouvement en spirale, du centre vers la périphérie.



Justification : Une désinfection du centre vers la périphérie évite de recontaminer la partie désinfectée.

Couvrir un diamètre de désinfection de 5 cm autour du site d'injection et attendre au moins 30 secondes qu'il sèche entièrement, sans agiter la main, ni souffler sur le site, ni l'éponger.

Justification : Ce délai permet à l'antiseptique de produire son effet et évite une sensation de brûlure au moment de l'injection. Les gestes d'agiter la main au-dessus du site, de souffler dessus ou de l'éponger risquent de le contaminer.

28.2.3 Débloquer le capuchon protecteur de l'aiguille sans le retirer ni le contaminer.



Justification : Car le déblocage du capuchon facilite son retrait.

28.2.4 De la main dominante, prendre la seringue avec le pouce et l'index, comme un crayon, et retirer le capuchon protecteur de l'aiguille avec la main non dominante en évitant que celle-ci touche le pourtour du capuchon.



Justification : Tenir la seringue de cette façon facilite l'insertion de l'aiguille dans le tissu sous-cutané.

Car le pourtour du capuchon n'est pas stérile et risque de contaminer l'aiguille.

Étapes exécutoires		Justifications
28.2.5 Faire un pli cutané autour du site d'injection avec le pouce et l'index de la main non dominante. L'injection doit être administrée dans un pli cutané d'environ 2,5 cm. Si la personne est obèse, il est recommandé de tendre la peau. Si elle est maigre, il est préférable de pincer la peau et de piquer avec un angle à 45°.		
28.2.6 Introduire rapidement l'aiguille à un angle de 90°.		L'introduction rapide de l'aiguille diminue la douleur.
Déplacer le pouce et l'index de la main non dominante vers la partie inférieure de la seringue et bien la maintenir.		Cela permet de stabiliser la seringue pendant l'injection.
28.2.7 Injecter lentement le médicament en appuyant sur le piston. Une fois l'injection terminée, laisser l'aiguille en place au moins 10 secondes.		Une injection lente réduit la douleur et le traumatisme des tissus. Ce délai permet l'absorption du médicament.
28.2.8 Retirer doucement l'aiguille et appliquer une légère pression avec une compresse sur le site d'injection. Éviter de masser le point d'injection.		Une légère pression sur le site d'injection permet de maîtriser le saignement, le cas échéant, et d'éviter le retour d'une partie du médicament. Le massage du site après une injection peut avoir un effet négatif (p. ex. un saignement dans le cas de l'héparine).

Étapes exécutoires	Justifications
29 **Jeter la seringue avec aiguille dans un contenant biorisque** sans la recapuchonner. 	Recapuchonner l'aiguille augmente le risque de piqûre accidentelle.
30 **Jeter le matériel souillé** selon le protocole en vigueur dans l'établissement.	Afin de réduire le risque de contamination et d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
31 **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
32 à **34** Effectuer les étapes **A** à **C** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
ÉVALUATION  **35** **Demeurer auprès de la personne durant trois à cinq minutes** après l'injection et relever tout signe de réaction indésirable ou allergique telle qu'un choc anaphylactique (dyspnée, avec respiration sifflante et collapsus cardiovasculaire).	
36 **Vérifier si la personne éprouve une sensation de douleur, de brûlure, d'engourdissement ou de démangeaison** au site d'injection.	Car certains médicaments peuvent irriter les tissus et incommoder la personne.
37 **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament,** le site d'injection ainsi que le nom et la dose du médicament administré. Signer la FADM. (*Voir l'extrait de la FADM, à la page 292.*)	Afin d'assurer le respect de l'horaire d'administration.

N'OUBLIEZ PAS 

En vertu du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, l'enregistrement des étapes de préparation et d'administration des médicaments au dossier de la personne est une obligation juridique (S-5, r. 5, art. 53, par. 3.1 ; art. 55, par. 6.1 ; art. 56, par. 5.1) et doit comprendre le nom du médicament, la dose administrée, ainsi que la voie, la date et l'heure d'administration.

Étapes postexécutoires	Justifications
38 **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription** de l'administration du médicament **au dossier de la personne.** Ranger la FADM.	Afin d'assurer un suivi adéquat. Cette étape consolide le « 6ᵉ bon ».

Étapes postexécutoires	Justifications
 ÉVALUATION **39** **Évaluer l'état de la personne** à la suite de la prise du médicament, soit après 15 à 45 minutes, selon le pic d'action associé à la voie d'administration.	Afin d'assurer le suivi clinique nécessaire, de déterminer l'efficacité du médicament et de détecter l'apparition d'effets indésirables ou de réactions allergiques. Cette étape correspond au « 7e bon ».
 ÉVALUATION **40** **Inspecter le site d'injection** et noter les signes de contusion ou d'induration. Le cas échéant, aviser le médecin traitant ou l'infirmière responsable de la personne, recouvrir le site d'une compresse d'eau tiède et inscrire ces données dans les notes d'évolution.	Car une contusion ou une induration indique une complication de l'injection.
41 **Si la personne présente une réaction allergique ou des effets indésirables, aviser rapidement le médecin traitant ou l'infirmière responsable.** **ALERTE CLINIQUE** **Réaction indésirable au médicament** En présence de réactions indésirables, il faut cesser l'administration du médicament en raison du risque de réaction allergique ou de choc anaphylactique et en aviser le médecin traitant.	Afin que le médecin modifie l'ordonnance et que l'équipe traitante prenne les mesures requises.
42 et **43** Effectuer les étapes **D** et **E** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- Dans le cas de l'administration d'un médicament prn :
  - la date et l'heure de l'administration du médicament ;
  - le nom du médicament, la dose administrée, la voie d'administration et le site d'injection ;
  - la réaction de la personne et sa collaboration.
- Toute réaction anormale ou indésirable survenue à la suite de l'administration du médicament. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

ÉLÉMENTS À CONSIGNER SUR LA FADM

- L'heure d'administration du médicament et le site d'injection.
- Votre signature, votre titre et vos initiales aux endroits appropriés.
- Toute autre indication exigée par l'établissement (p. ex. rature de l'heure une fois le médicament administré).



Extrait de la FADM de monsieur Charles Jean-Baptiste

Médicaments	NUIT 00:00 à 08:00	JOUR 08:00 à 16:00	SOIR 16:00 à 00:00
Médication régulière			
Heparin Leo 5000 unités S.C. tid (héparine) Début : 2021-05-05 Fin : 2021-05-12	07:00 VP	15:00 CL Cuisse g.	22:00

Signature complète de l'infirmière et initiales					
Vitalie Perreault, inf.	VP	Carole Lemire, inf.	CL		

Notes



Administration des injections par voie intramusculaire

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1 Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2 Rassembler tout le matériel nécessaire.
3 Procéder à l'hygiène des mains.
4 **Préparer les médicaments d'une seule personne à la fois.**
5 **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).**
6 **Prendre les médicaments de la personne.**
7 **Au besoin, recalculer la dose.**
8 **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments (« 7 bons »).**
9 **Vérifier la date d'expiration.**
10 **S'assurer de connaître le médicament.**
11 **Vérifier les antécédents médicaux de la personne.**
12 **Vérifier si la personne prend d'autres médicaments.**
13 **Relire l'étiquette du contenant à médicament et appliquer de nouveau les 5 premiers « bons ».**
14 **Apporter les médicaments à la personne à l'heure prescrite.**
15 **Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.**
16 Expliquer la procédure de soins à la personne.
17 Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
18 Assurer le maintien d'un environnement propre.
19 Assurer l'intimité de la personne.
20 Régler la hauteur du lit.
21 **Évaluer les connaissances de la personne.**
22 **Enseigner à la personne les effets attendus, l'action et les effets indésirables possibles.**
23 **Ne jamais laisser les médicaments sans surveillance au chevet de la personne.**
24 **Prendre en considération les contre-indications.**

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

25 **Préparer le médicament prescrit de façon stérile.**
26 **Aider la personne à prendre la position appropriée.**
27 **Découvrir le site choisi.**
28 **Mettre des gants non stériles.**
29 **Procéder à l'administration de l'injection par voie I.M.**
29.1 **Administrer un médicament par voie I.M.**
29.2 **Administrer un médicament par voie I.M. selon la technique en Z.**
30 **Jeter la seringue avec aiguille dans un contenant biorisque.**
31 **Jeter le matériel souillé.**
32 **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

33 Réinstaller la personne dans le lit.
34 Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
35 Procéder à l'hygiène des mains.
36 **Demeurer auprès de la personne durant trois à cinq minutes.**
37 **Vérifier si la personne éprouve une sensation de douleur, de brûlure, d'engourdissement ou de démangeaison.**
38 **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament.**
39 **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription au dossier de la personne.**
40 **Évaluer l'état de la personne.**
41 **Inspecter le site d'injection.**
42 **Si la personne présente une réaction allergique ou des effets indésirables, aviser rapidement le médecin traitant ou l'infirmière responsable.**
43 Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
44 Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

SITUATION CLINIQUE

JEAN COUILLARD, 55 ans, se présente à l'urgence pour une exacerbation de sa maladie de Crohn. Il affirme ressentir présentement une douleur à 6/10 au flanc droit sous forme de crampes. Vous venez de préparer son médicament, Demerol[MD] 75 mg intramusculaire, que vous vous apprêtez à lui administrer.

Notions de base

Administrer un médicament par voie intramusculaire (I.M.) constitue une intervention invasive qui doit être effectuée dans le respect rigoureux des principes d'asepsie. Un risque d'infection est présent dès qu'une aiguille transperce la peau. De ce fait, il est important de désinfecter le site d'injection avec une solution de chlorhexidine et d'alcool 70 %. La voie I.M. permet une absorption plus rapide du médicament que la voie S.C., car les muscles sont très vascularisés.

Matériel

- Seringues ❶ et aiguilles ❷ (*voir les tableaux ci-dessous*)
- Fiole ou ampoule de médicament ❸
- Tampons de chlorhexidine et d'alcool 70 % ❹
- Compresse stérile ❺
- Feuille d'administration des médicaments (FADM) ❻
- Gants non stériles ❼



Site d'injection	Quantité injectable	Seringue	Aiguille – Calibre	Aiguille – Longueur
Muscle vaste externe	• 1 mL chez l'enfant • 3 mL chez l'adulte	ENFANTS ET NOURRISSONS : 3 mL	21 à 25	ENFANTS ET NOURRISSONS : 2,5 cm (1 po) ou 3,7 cm (1 ½ po) si le muscle est bien développé ADULTES : 3,7 cm (1 ½ po)
Muscle deltoïde	• 1 mL chez l'enfant • 2 mL chez l'adulte			
Muscle fessier antérieur	• 1 mL chez ≤ 2 ans • 2 mL chez 3-14 ans • 3 mL chez ≥ 15 ans			

Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2021).

Étapes préexécutoires	Justifications
1 à 3 Effectuer les étapes A, C et D présentées à la page 1 (étapes préexécutoires générales).	
4 à 15 Effectuer les étapes A à J, L et M présentées aux pages 208 et 209 (étapes préexécutoires communes).	
16 à 20 Effectuer les étapes F à J présentées à la page 2 (étapes préexécutoires générales).	
21 à 23 Effectuer les étapes N, O et Q présentées aux pages 209 et 210 (étapes préexécutoires communes).	

ÉVALUATION



24 Avant de procéder à l'injection, **prendre en considération les contre-indications** suivantes :	
• atrophie musculaire, contusions, indurations ;	Car un muscle atrophié absorbe mal les médicaments.
• diminution de la vascularisation sanguine, choc circulatoire.	Car certains facteurs réduisant la circulation sanguine dans les muscles contribuent à gêner l'absorption des médicaments.

N'OUBLIEZ PAS

Il est important d'alterner les sites d'injection lorsque plusieurs injections doivent être administrées au cours d'une même journée. L'alternance des sites assure le maintien d'une bonne intégrité des tissus et diminue le risque d'induration ou de lipodystrophie.

Étapes exécutoires	Justifications
25 **Préparer le médicament prescrit de façon stérile** à partir d'une ampoule ou d'une fiole (*voir la méthode 5.9, à la page 272*).	Car la méthode diffère selon qu'il s'agit d'une ampoule ou d'une fiole.
26 **Aider la personne à prendre la position appropriée** et lui demander de ne pas contracter le muscle où sera administrée l'injection.	Afin qu'elle se sente bien et évite de se déplacer durant la procédure.

N'OUBLIEZ PAS

Il faut adapter la position de la personne à son état de santé, de façon à lui assurer un maximum de confort pendant la procédure.

27 Au besoin, **découvrir le site choisi** tout en respectant la pudeur de la personne.	
28 **Mettre des gants non stériles.**	Pour se protéger du sang de la personne et éviter la transmission d'agents pathogènes.

N'OUBLIEZ PAS

Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.

Étapes exécutoires	Justifications

29 **Procéder à l'administration de l'injection par voie I.M.** selon l'une des méthodes suivantes.

29.1 Administrer un médicament par voie I.M.

29.2 Administrer un médicament par voie I.M. selon la technique en Z.

N'OUBLIEZ PAS 

Avant d'administrer un médicament à la personne, il est impératif de vérifier son identité en lui demandant de se nommer et de donner sa date de naissance, puis en vérifiant ces informations sur son bracelet d'identité. Cette double vérification permet d'éviter une erreur d'identification.

29.1 Administrer un médicament par voie I.M.

29.1.1 Choisir le site d'injection en fonction de la quantité et du type de médicament à administrer.

Palper les muscles afin d'en évaluer la grosseur et l'état, et de déceler la présence de zones sensibles ou indurées. Éviter ces zones.

En cas d'injections fréquentes, alterner les sites, en respectant une distance minimale de 2,5 cm par rapport au site de l'injection précédente.

a) Injection dans le muscle deltoïde :

- Installer la personne en position assise.
- Repérer l'acromion par palpation ; placer l'annulaire sur l'acromion.

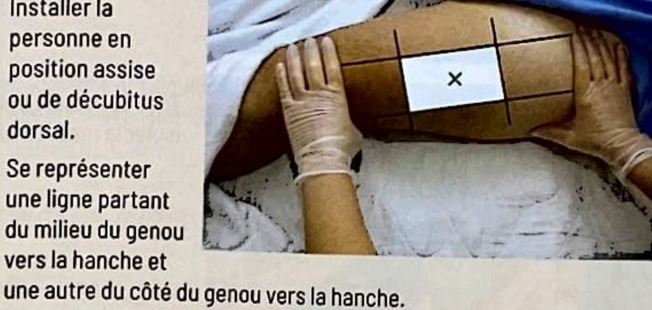


- Placer deux doigts sous l'acromion (à la base du triangle).
- Repérer la ligne axillaire.
- Repérer le site d'injection (au centre).

b) Injection dans le muscle fessier antérieur (ventroglutéal):

- Installer la personne en position de décubitus latéral ou dorsal.



Étapes exécutoires	Justifications
• Placer la paume de la main non dominante sur le grand trochanter de la hanche, le majeur sur l'épine iliaque antérosupérieure et l'index le long de la crête iliaque vers la fesse de la personne. • L'injection doit être administrée au centre du triangle formé par l'index, le majeur et la crête iliaque.	
c) Injection dans le muscle vaste externe: • Installer la personne en position assise ou de décubitus dorsal. • Se représenter une ligne partant du milieu du genou vers la hanche et une autre du côté du genou vers la hanche. • Diviser cette région en trois parties. • L'injection doit être administrée dans le tiers médian de cette ligne. 	



Site d'injection non recommandé

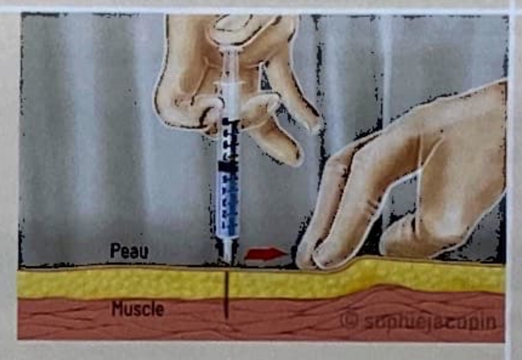
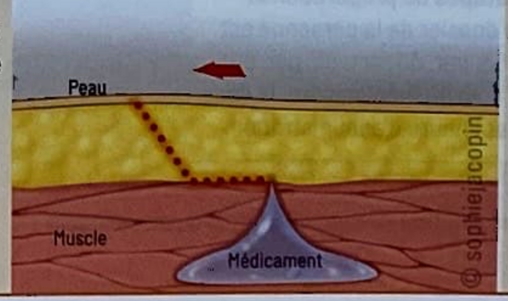
L'injection I.M. dans le muscle fessier postérieur ou dorsoglutéal n'est plus recommandée étant donné la proximité de grandes artères et du nerf sciatique et la forte quantité de tissus sous-cutanés.

SITUATION CLINIQUE

Comme vous devez administrer 75 mg de Demerol[MD] I.M. à monsieur Couillard, vous devrez prélever 0,75 mL de médicament. Quel site d'injection devriez-vous choisir dans cette situation?

29.1.2 Avec un tampon de chlorhexidine et d'alcool 70 %, désinfecter le site d'injection en effectuant un mouvement en spirale, du centre vers la périphérie.  Couvrir un diamètre de désinfection de 5 cm autour du site d'injection et attendre au moins 30 secondes qu'il sèche entièrement, sans agiter la main, ni souffler sur le site, ni l'éponger.	Une désinfection du centre vers la périphérie évite de recontaminer la partie désinfectée. Ce délai permet à l'antiseptique de produire son effet et évite une sensation de brûlure au moment de l'injection. Les gestes d'agiter la main au-dessus du site, de souffler dessus ou de l'éponger risquent de le contaminer.
29.1.3 Débloquer le capuchon protecteur de l'aiguille sans le retirer ni le contaminer.	Car le déblocage du capuchon facilite son retrait.

Étapes exécutoires	Justifications
29.1.4 De la main dominante, prendre la seringue avec le pouce et l'index, comme un crayon, et retirer le capuchon protecteur de l'aiguille avec la main non dominante en évitant que celle-ci touche le pourtour du capuchon. 	Tenir la seringue de cette façon facilite l'insertion de l'aiguille dans le muscle. Car le pourtour du capuchon n'est pas stérile et risque de contaminer l'aiguille.
29.1.5 Maintenir le muscle avec la main non dominante. a) Muscle deltoïde ou vaste externe : tendre la peau du site d'injection entre le pouce et l'index de la main non dominante. Il est possible de pincer la peau pour former un pli de 2,5 cm si le muscle est peu développé. b) Muscle fessier : étirer légèrement la peau.	Tenir le muscle permet de mieux isoler la masse musculaire.
29.1.6 Introduire rapidement l'aiguille dans le muscle à un angle de 90°. Relâcher la peau, puis déplacer le pouce et l'index de la main non dominante vers la partie inférieure de la seringue et bien la maintenir.	L'introduction rapide de l'aiguille diminue la douleur. Cela permet de stabiliser la seringue pendant l'injection.
29.1.7 De la main dominante, tirer doucement le piston afin de générer une légère aspiration. Si du sang apparaît dans la seringue, retirer l'aiguille, jeter la seringue et son contenu dans un contenant biorisque et reprendre la procédure.  L'aspiration n'est pas nécessaire en cas d'injection d'un vaccin.	Il peut être dangereux d'administrer dans la circulation sanguine les médicaments destinés aux injections I.M.

Étapes exécutoires	Justifications
29.1.8 Injecter lentement le médicament en appuyant sur le piston. 	Une injection lente réduit la douleur et le traumatisme des tissus.
29.1.9 Retirer doucement l'aiguille et appliquer une légère pression sur le site d'injection avec une compresse, puis mettre un ruban adhésif.	Une légère pression sur le site d'injection permet de maîtriser le saignement, le cas échéant, et d'éviter le retour d'une partie du médicament.
Éviter de masser le point d'injection.	Car le massage peut endommager les tissus sous-jacents.
Passer à l'étape 30.	
29.2 Administrer un médicament par voie I.M. selon la technique en Z (muscle fessier).	
29.2.1 Effectuer les étapes 29.1.1 à 29.1.4.	
29.2.2 Repérer le site d'injection, placer la main non dominante sur le repère anatomique et tirer la surface de la peau et les tissus sous-cutanés de 2,5 cm.	Car l'aiguille perce plus facilement la peau si celle-ci est tendue.
29.2.3 En retenant la peau, introduire rapidement et profondément l'aiguille dans le muscle à un angle de 90°. Déplacer ensuite le pouce et l'index de la main non dominante vers la partie inférieure de la seringue et bien la maintenir. 	L'introduction rapide de l'aiguille diminue la douleur.
29.2.4 Effectuer les étapes 29.1.7 à 29.1.9.	
29.2.5 Relâcher la peau. La méthode en Z permet aux tissus de refermer le site d'injection et évite ainsi le retour d'une partie du médicament, surtout dans le cas d'un médicament huileux. 	

Étapes exécutoires	Justifications
30 **Jeter la seringue avec aiguille dans un contenant biorisque** sans la recapuchonner. 	Recapuchonner l'aiguille augmente le risque de piqûre accidentelle.
31 **Jeter le matériel souillé** selon le protocole en vigueur dans l'établissement.	Afin de réduire le risque de contamination et d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
32 **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
33 à **35** Effectuer les étapes **A** à **C** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
ÉVALUATION  **36** **Demeurer auprès de la personne durant trois à cinq minutes** après l'injection **et relever tout signe de réaction indésirable ou allergique telle qu'un choc anaphylactique (dyspnée, avec respiration sifflante et collapsus cardiovasculaire).**	
37 **Vérifier si la personne éprouve une sensation de douleur, de brûlure, d'engourdissement ou de démangeaison** au site d'injection.	Car certains médicaments peuvent irriter les tissus et incommoder la personne.
38 **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament,** le site d'injection ainsi que le nom et la dose du médicament administré. Signer la FADM. (*Voir l'extrait de la FADM, à la page 302.*) **N'OUBLIEZ PAS**  En vertu du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, l'enregistrement des étapes de préparation et d'administration des médicaments au dossier de la personne est une obligation juridique (S-5, r. 5, art. 53, par. 3.1; art. 55, par. 6.1; art. 56, par. 5.1) et doit comprendre le nom du médicament, la dose administrée, ainsi que la voie, la date et l'heure d'administration.	Afin d'assurer le respect de l'horaire d'administration.
39 **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription** de l'administration du médicament **au dossier de la personne.** Ranger la FADM.	Afin d'assurer un suivi adéquat. Cette étape consolide le « 6e bon ».

Étapes postexécutoires	Justifications
	
40 **Évaluer l'état de la personne** à la suite de la prise du médicament, soit après 15 à 45 minutes, selon le pic d'action associé à la voie d'administration.	Afin d'assurer le suivi clinique nécessaire, de déterminer l'efficacité du médicament et de détecter l'apparition d'effets indésirables ou de réactions allergiques. Cette étape correspond au « 7e bon ».
	
41 **Inspecter le site d'injection** et noter les signes de contusion ou d'induration. Le cas échéant, aviser le médecin traitant ou l'infirmière responsable de la personne, recouvrir le site d'une compresse d'eau tiède et inscrire ces données dans les notes d'évolution.	Car une contusion ou une induration indique une complication de l'injection.
42 **Si la personne présente une réaction allergique ou des effets indésirables, aviser rapidement le médecin traitant ou l'infirmière responsable.**	Afin que le médecin modifie l'ordonnance et que l'équipe traitante prenne les mesures requises.

ALERTE CLINIQUE

Réaction indésirable au médicament

En présence de réactions indésirables, il faut cesser l'administration du médicament en raison du risque de réaction allergique ou de choc anaphylactique et en aviser le médecin traitant.

43 et **44** Effectuer les étapes **D** et **E** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- Dans le cas de l'administration d'un médicament prn :
  - la date et l'heure de l'administration du médicament ;
  - le nom du médicament, la dose administrée, la voie d'administration et le site d'injection ;
  - la réaction de la personne et sa collaboration.
- Toute réaction anormale ou indésirable survenue à la suite de l'administration du médicament. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Jean Coullard **Dossier 987654**

2021-05-10	14:00	Se plaint d'une douleur au flanc droit d'intensité 6/10 depuis plus d'une heure.
2021-05-10	14:45	Se dit soulagé. Douleur 2/10. Repose calmement. Carole Lemire, inf.

MS 5.11

ÉLÉMENTS À CONSIGNER SUR LA FADM

- L'heure d'administration du médicament et le site d'injection.
- Votre signature, votre titre et vos initiales aux endroits appropriés.
- Toute autre indication exigée par l'établissement (p. ex. rature de l'heure une fois le médicament administré).

Extrait de la FADM de monsieur Jean Couillard

Médicaments	NUIT 00:00 à 08:00	JOUR 08:00 à 16:00	SOIR 16:00 à 00:00
Médication prn			
Demerol 75 mg I.M. q 4 h prn (hydrochloride de mépéridine, 100 mg/mL) Début : 2021-05-08 Fin : 2021-05-15		14:20 CL delt. g.	

Signature complète de l'infirmière et initiales					
		Carole Lemire, inf.	CL		

Notes

MS 5.12

Administration des injections par voie intradermique

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Rassembler tout le matériel nécessaire.
3. Procéder à l'hygiène des mains.
4. **Préparer les médicaments d'une seule personne à la fois.**
5. **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).**
6. **Prendre les médicaments de la personne.**
7. **Au besoin, recalculer la dose.**
8. **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments (« 7 bons »).**
9. **Vérifier la date d'expiration.**
10. **S'assurer de connaître le médicament.**
11. **Vérifier les antécédents médicaux de la personne.**
12. **Vérifier si la personne prend d'autres médicaments.**
13. **Relire l'étiquette du contenant à médicament et appliquer de nouveau les 5 premiers « bons ».**
14. **Apporter les médicaments à la personne à l'heure prescrite.**
15. **Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.**
16. Expliquer la procédure de soins à la personne.
17. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
18. Assurer le maintien d'un environnement propre.
19. Assurer l'intimité de la personne.
20. Régler la hauteur du lit.
21. **Évaluer les connaissances de la personne.**
22. **Enseigner à la personne les effets attendus, l'action et les effets indésirables possibles.**
23. **Ne jamais laisser les médicaments sans surveillance au chevet de la personne.**
24. **Prendre en considération les contre-indications.**

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

25. **Préparer le médicament prescrit de façon stérile.**
26. **Demander à la personne d'allonger le bras.**
27. **Mettre des gants non stériles.**
28. **Choisir le site d'injection.**
29. **Désinfecter le site d'injection.**
30. **Débloquer le capuchon protecteur de l'aiguille.**
31. **Prendre la seringue et retirer le capuchon protecteur de l'aiguille.**
32. **Tendre la peau du site d'injection.**
33. **Tenir l'aiguille et l'introduire lentement jusqu'à ce qu'une résistance se fasse sentir.**
34. **Injecter lentement le médicament.**
35. **S'assurer qu'une petite bulle se forme au site d'injection.**
36. **Retirer doucement l'aiguille.**
37. **Jeter la seringue avec aiguille dans un contenant biorisque.**
38. **Jeter le matériel souillé.**
39. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**
40. **S'il s'agit d'un TCT, encercler le point d'injection à l'aide d'un stylo à bille.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

41. Réinstaller la personne dans le lit.
42. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
43. Procéder à l'hygiène des mains.
44. **Demeurer auprès de la personne durant trois à cinq minutes.**
45. **Vérifier si la personne éprouve une sensation de douleur, de brûlure, d'engourdissement ou de démangeaison.**
46. **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament.**
47. **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription au dossier de la personne.**
48. **Évaluer l'état de la personne.**
49. **Inspecter le site d'injection.**

Administration des injections par voie intradermique (*suite*)

50 **Si la personne présente une réaction allergique ou des effets indésirables, aviser rapidement le médecin traitant ou l'infirmière responsable.**

51 Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.

52 Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

SITUATION CLINIQUE

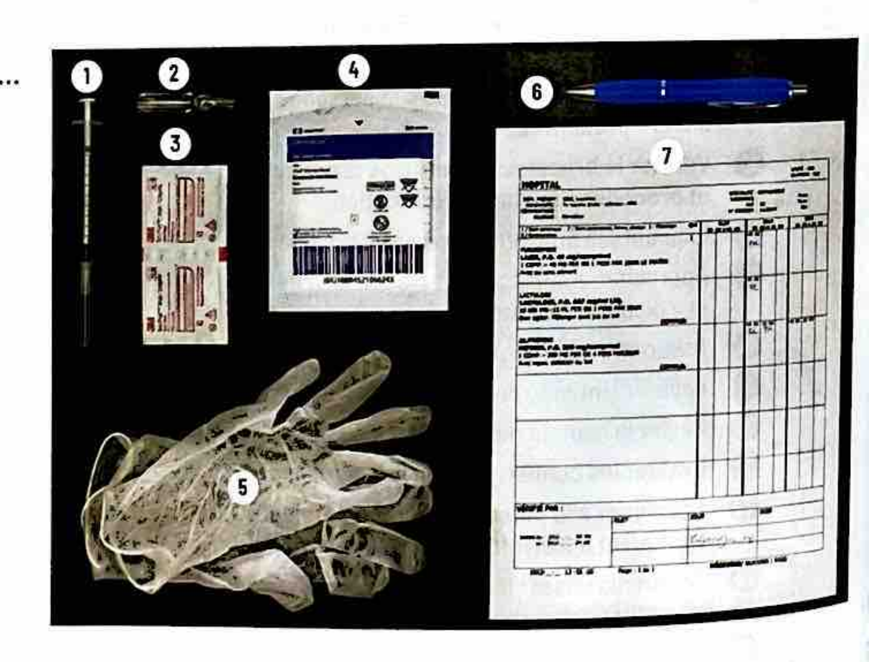
PASCALE OUELLETTE, 19 ans, a été en contact étroit avec une personne chez qui une tuberculose vient d'être diagnostiquée. Elle se trouve à la clinique aujourd'hui afin d'effectuer le test cutané à la tuberculine (TCT).

Notions de base

Administrer un médicament par voie intradermique (I.D.) constitue une intervention invasive qui doit être effectuée dans le respect rigoureux des principes d'asepsie. Un risque d'infection est présent dès qu'une aiguille transperce la peau. De ce fait, il est important de désinfecter le site d'injection avec une solution de chlorhexidine et d'alcool 70 %. La voie I.D. sert généralement pour des tests d'allergie ou d'évaluation de sensibilisation à certaines maladies comme la tuberculose. L'injection se fait sur la face antérieure de l'avant-bras.

Matériel

- Seringues et aiguilles (*voir le tableau, à la page suivante*) 1
- Fiole ou ampoule de médicament 2
- Tampons de chlorhexidine et d'alcool 70 % 3
- Compresse stérile 4
- Gants non stériles 5
- Stylo à bille à pointe moyenne 6
- Feuille d'administration des médicaments (FADM) ou carnet de vaccination 7



Quantité injectable	Seringue	Aiguille	
		Calibre	Longueur
Moins de 1 mL	1 mL (tuberculine)	25 à 27	1,3 cm (½ po) ou 1,6 cm (⅝ po)

Étapes préexécutoires	Justifications
1 à 3 Effectuer les étapes A, C et D présentées à la page 1 (étapes préexécutoires générales).	
4 à 15 Effectuer les étapes A à J, L et M présentées aux pages 208 et 209 (étapes préexécutoires communes).	
16 à 20 Effectuer les étapes F à J présentées à la page 2 (étapes préexécutoires générales).	
21 à 23 Effectuer les étapes N, O et Q présentées aux pages 209 et 210 (étapes préexécutoires communes).	
24 **Prendre en considération les contre-indications.**	

Étapes exécutoires	Justifications
25 **Préparer le médicament prescrit de façon stérile** à partir d'une ampoule ou d'une fiole (*voir la méthode 5.9, à la page 272*).	Car la méthode diffère selon qu'il s'agit d'une ampoule ou d'une fiole.
26 **Demander à la personne d'allonger le bras et de le laisser reposer sur une surface plane.**	Afin de stabiliser le site d'injection et d'en faciliter l'accès.
27 **Mettre des gants non stériles.**	Pour se protéger du sang de la personne et éviter la transmission d'agents pathogènes.

N'OUBLIEZ PAS 

Avant d'administrer un médicament à la personne, il est impératif de vérifier son identité en lui demandant de se nommer et de donner sa date de naissance, puis en vérifiant ces informations sur son bracelet d'identité. Cette double vérification permet d'éviter une erreur d'identification.

N'OUBLIEZ PAS 

Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.

Étapes exécutoires	Justifications
28 **Choisir le site d'injection** en palpant les sites potentiels. Éviter ceux qui présentent une masse, de la douleur ou une atteinte à l'intégrité de la peau. Pour une injection sur la face antérieure de l'avant-bras, placer une main au-dessus du poignet et l'autre à trois ou quatre doigts du pli du coude. 	



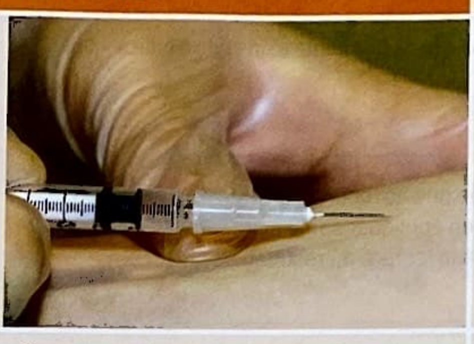
N'OUBLIEZ PAS

Il est important d'alterner les sites d'injection lorsque plusieurs injections doivent être administrées au cours d'une même journée. L'alternance des sites assure le maintien d'une bonne intégrité des tissus et diminue le risque d'induration ou de lipodystrophie.

SITUATION CLINIQUE

Lorsque vous inspectez les bras de Pascale, quel type de surface cherchez-vous pour l'injection du TCT ?

Étapes exécutoires	Justifications
29 Avec un tampon de chlorhexidine et d'alcool 70 %, **désinfecter le site d'injection** en effectuant un mouvement en spirale, du centre vers la périphérie.	Une désinfection du centre vers la périphérie évite de recontaminer la partie désinfectée.
Couvrir un diamètre de désinfection de 5 cm autour du site d'injection et attendre au moins 30 secondes qu'il sèche entièrement, sans agiter la main, ni souffler sur le site, ni l'éponger.	Ce délai permet à l'antiseptique de produire son effet et évite une sensation de brûlure au moment de l'injection. Les gestes d'agiter la main au-dessus du site, de souffler dessus ou de l'éponger risquent de le contaminer.
30 **Débloquer le capuchon protecteur de l'aiguille** sans le retirer ni le contaminer.	Car le déblocage du capuchon facilite son retrait.
31 De la main dominante, **prendre la seringue** avec le pouce et l'index, comme un crayon, **et retirer le capuchon protecteur de l'aiguille** avec la main non dominante en évitant que celle-ci touche le pourtour du capuchon.	Tenir la seringue de cette façon facilite l'insertion de l'aiguille dans le tissu intradermique. Car le pourtour du capuchon n'est pas stérile et risque de contaminer l'aiguille.
32 **Tendre la peau du site d'injection** avec le pouce ou l'index de la main non dominante. 	Car l'aiguille perce plus facilement la peau si celle-ci est tendue.

Étapes exécutoires	Justifications
33 **Tenir l'aiguille,** biseau vers le haut, tout près de la peau de la personne **et l'introduire lentement** à un angle de 10° à 15° **jusqu'à ce qu'une résistance se fasse sentir.** Faire pénétrer l'aiguille d'environ 3 mm ; le biseau ou l'extrémité de l'aiguille devrait se voir sous la peau. Relâcher la peau. 	Car la résistance indique que l'aiguille a atteint le derme.
34 **Injecter lentement le médicament** jusqu'à ce qu'une légère résistance se fasse sentir. L'absence de résistance indique que l'aiguille est enfoncée trop profondément. Dans ce cas, la retirer et reprendre la procédure.	Une injection lente réduit la douleur et le traumatisme des tissus. Car le derme est tendu et ne s'étire pas facilement pendant l'injection.
35 **S'assurer qu'une petite bulle** d'environ 6 mm de haut, semblable à une piqûre de moustique, **se forme au site d'injection.** 	La présence d'une bulle indique que le médicament a atteint le derme.
36 **Retirer doucement l'aiguille** et déposer une compresse sur le site d'injection sans appliquer de pression. Ne pas masser le point d'injection.	Car le massage risque de disperser le médicament dans les tissus et de fausser les résultats du TCT, le cas échéant.
37 **Jeter la seringue avec aiguille dans un contenant biorisque** sans la recapuchonner. 	Recapuchonner l'aiguille augmente le risque de piqûre accidentelle.
38 **Jeter le matériel souillé** selon le protocole en vigueur dans l'établissement.	Afin de réduire le risque de contamination et d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
39 **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes exécutoires	Justifications
40 **S'il s'agit d'un TCT, encercler le point d'injection à l'aide d'un stylo à bille à pointe moyenne.**	

N'OUBLIEZ PAS 

Il est important d'aviser la personne de ne pas toucher, gratter ou laver la marque de stylo et de ne rien appliquer sur le point d'injection. Ce repère est nécessaire à la lecture du résultat de test.

Étapes postexécutoires	Justifications
41 à **43** Effectuer les étapes **A** à **C** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	

ÉVALUATION 

Étapes postexécutoires	Justifications
44 **Demeurer auprès de la personne durant trois à cinq minutes** après l'injection et relever tout signe de réaction indésirable ou allergique telle qu'un choc anaphylactique (dyspnée, avec respiration sifflante et collapsus cardiovasculaire).	
45 **Vérifier si la personne éprouve une sensation de douleur, de brûlure, d'engourdissement ou de démangeaison** au site d'injection.	Car certains médicaments peuvent irriter les tissus et incommoder la personne.
46 **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament,** le site d'injection ainsi que le nom et la dose du médicament administré. Signer la FADM.	Afin d'assurer le respect de l'horaire d'administration.

N'OUBLIEZ PAS 

En vertu du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, l'enregistrement des étapes de préparation et d'administration des médicaments au dossier de la personne est une obligation juridique (S-5, r. 5, art. 53, par. 3.1; art. 55, par. 6.1; art. 56, par. 5.1) et doit comprendre le nom du médicament, la dose administrée, ainsi que la voie, la date et l'heure d'administration.

Étapes postexécutoires	Justifications
47 **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription** de l'administration du médicament **au dossier de la personne.** Ranger la FADM.	Afin d'assurer un suivi adéquat. Cette étape consolide le « 6ᵉ bon ».

ÉVALUATION 

Étapes postexécutoires	Justifications
48 **Évaluer l'état de la personne** à la suite de la prise du médicament, soit après 15 à 45 minutes, selon le pic d'action associé à la voie d'administration.	Afin d'assurer le suivi clinique nécessaire, de déterminer l'efficacité du médicament et de détecter l'apparition d'effets indésirables ou de réactions allergiques. Cette étape correspond au « 7ᵉ bon ».

Étapes postexécutoires	Justifications
	
49 **Inspecter le site d'injection** et noter les signes de contusion ou d'induration. Le cas échéant, aviser le médecin traitant ou l'infirmière responsable de la personne, recouvrir le site d'une compresse d'eau tiède et inscrire ces données dans les notes d'évolution.	Car une contusion ou une induration indique une complication de l'injection.
50 **Si la personne présente une réaction allergique ou des effets indésirables, aviser rapidement le médecin traitant ou l'infirmière responsable.**	Afin que le médecin modifie l'ordonnance et que l'équipe traitante prenne les mesures requises.



ALERTE CLINIQUE

Réaction indésirable au médicament

En présence de réactions indésirables, il faut cesser l'administration du médicament en raison du risque de réaction allergique ou de choc anaphylactique et en aviser le médecin traitant.

51 et **52** Effectuer les étapes **D** et **E** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION DANS LE CAS D'UN TEST D'ALLERGIE

- La date et l'heure de l'administration du médicament.
- Le nom du médicament, la dose administrée, la voie d'administration et le site d'injection.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- La réaction locale après le délai d'attente requis.
- Toute réaction anormale ou indésirable survenue pendant la procédure. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LE CARNET DE VACCINATION

- La date et l'heure de l'injection.
- Le test effectué, ainsi que la dose administrée et le site d'administration.
- La date de la lecture et la réaction.
- Nom, titre professionnel et signature du vaccinateur.
- Lieu d'administration.



Installation d'un microperfuseur à ailettes sous-cutané intermittent

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES



1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Rassembler tout le matériel nécessaire.
3. Procéder à l'hygiène des mains.
4. **Préparer les médicaments d'une seule personne à la fois.**
5. **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).**
6. **Prendre les médicaments de la personne.**
7. **Au besoin, recalculer la dose.**
8. **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments (« 7 bons »).**
9. **Vérifier la date d'expiration.**
10. **S'assurer de connaître le médicament.**
11. **Vérifier les antécédents médicaux de la personne.**
12. **Vérifier si la personne prend d'autres médicaments.**
13. **Relire l'étiquette du contenant à médicament et appliquer de nouveau les 5 premiers « bons ».**
14. **Apporter les médicaments à la personne à l'heure prescrite.**
15. **Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.**
16. Expliquer la procédure de soins à la personne.
17. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
18. Assurer le maintien d'un environnement propre.
19. Assurer l'intimité de la personne.
20. Régler la hauteur du lit.
21. **Évaluer les connaissances de la personne.**
22. **Enseigner à la personne les effets attendus, l'action et les effets indésirables possibles.**
23. **Ne jamais laisser les médicaments sans surveillance au chevet de la personne.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

24. **Prélever la dose de médicament prescrite et ajouter la quantité recommandée pour faire le vide d'air.**
25. **Désinfecter le bouchon d'injection du microperfuseur.**
26. **Retirer le capuchon protecteur de la seringue et ajointer celle-ci au bouchon d'injection du microperfuseur.**
27. **Injecter lentement la quantité de médicament recommandée pour effectuer le vide d'air.**
28. **Retirer la seringue en la dévissant du bouchon d'injection du microperfuseur et la recapuchonner.**
29. **Mettre des gants non stériles.**
30. **Choisir un site d'insertion.**
31. **Désinfecter le site d'insertion.**
32. **Tendre la peau du site.**
33. **Tenir le microperfuseur par les ailettes et introduire l'aiguille dans le sens de la circulation lymphatique.**
34. **Relâcher la peau.**
35. **Fixer le microperfuseur à l'aide de la pellicule transparente adhésive.**
36. **Inscrire sur un ruban adhésif la date et l'heure, le nom du médicament ainsi que ses initiales. Coller le ruban.**
37. **Désinfecter le bouchon d'injection du microperfuseur.**
38. **Retirer le capuchon protecteur de la seringue et ajointer celle-ci au bouchon d'injection du microperfuseur.**
39. **Injecter lentement le médicament.**
40. **Retirer la seringue en la dévissant du bouchon d'injection du microperfuseur et la jeter dans un contenant biorisque.**
41. **Jeter le matériel souillé.**
42. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**



Installation d'un microperfuseur à ailettes sous-cutané intermittent (*suite*)

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

43 Réinstaller la personne dans le lit.

44 Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.

45 Procéder à l'hygiène des mains.

46 **Demeurer auprès de la personne durant trois à cinq minutes.**

47 **Vérifier si la personne éprouve une sensation de douleur, de brûlure, d'engourdissement ou de démangeaison.**

48 **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament.**

49 **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription au dossier de la personne.**

50 **Évaluer l'état de la personne.**

51 **Inspecter régulièrement le site d'injection.**

52 **Si la personne présente une réaction allergique ou des effets indésirables, aviser rapidement le médecin traitant ou l'infirmière responsable.**

53 Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.

54 Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

SITUATION CLINIQUE

MARCEL FOURNIER, 84 ans, est hospitalisé aux soins palliatifs pour un cancer généralisé en phase terminale. Au moment du rapport, l'infirmière de nuit vous explique qu'elle a dû retirer le microperfuseur sous-cutané lors de la dernière administration, car il était bloqué.

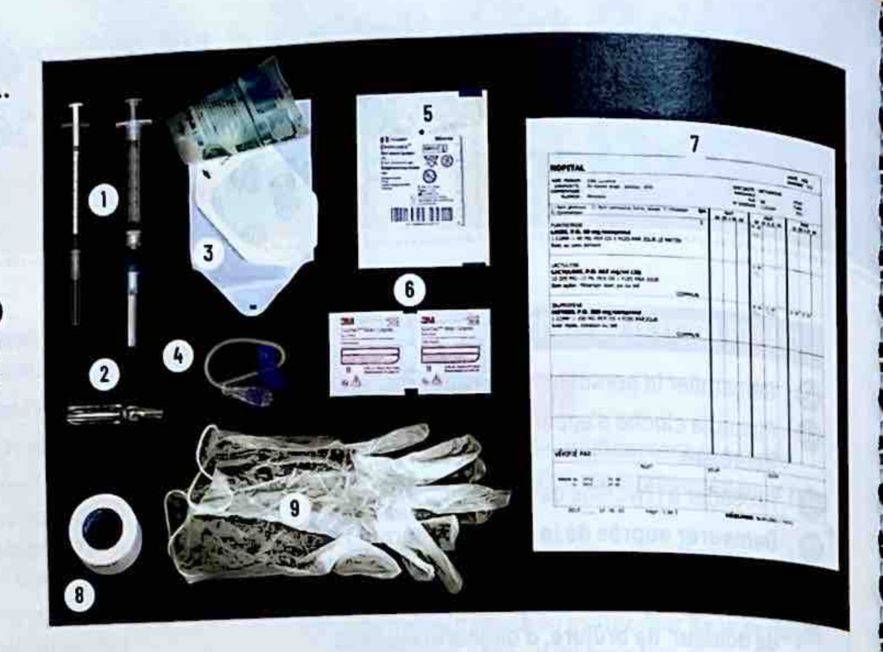
Notions de base

Il est important d'alterner les sites d'insertion du microperfuseur à ailettes afin de garantir une bonne absorption des médicaments. Si la personne doit recevoir plus de un médicament ou des concentrations différentes d'un même médicament, ou si le volume de médicament à administrer est supérieur à 2 mL, l'infirmière doit installer un deuxième microperfuseur en respectant une distance d'au moins 2 cm entre chaque site. Il faut inscrire sur chaque microperfuseur le nom du médicament qui y sera administré.



Matériel

- Seringue de 1 à 3 mL avec aiguille de calibre 21, 23 ou 25 et d'une longueur de 1,25 à 2,5 cm ❶
- Médicament prescrit ❷
- Pellicule transparente adhésive (de type Tegaderm^MD, IV 3000 ou autre) ❸
- Microperfuseur à ailettes de calibre 21, 23, 25 ou 27 avec bouchon à injections intermittentes ❹
- Compresse stérile ❺
- Tampons de chlorhexidine et d'alcool 70 % ❻
- Feuille d'administration des médicaments (FADM) ❼
- Ruban adhésif ❽
- Gants non stériles ❾



Étapes préexécutoires	Justifications
❶ à ❸ Effectuer les étapes A, C et D présentées à la page 1 (étapes préexécutoires générales).	
❹ à ⓯ Effectuer les étapes A à J, L et M présentées aux pages 208 et 209 (étapes préexécutoires communes).	
⓰ à ⓴ Effectuer les étapes F à J présentées à la page 2 (étapes préexécutoires générales).	
㉑ à ㉓ Effectuer les étapes N, O et Q présentées aux pages 209 et 210 (étapes préexécutoires communes).	

Étapes exécutoires	Justifications
㉔ **Prélever la dose de médicament prescrite et ajouter la quantité recommandée** par le fabricant **pour faire le vide d'air** de la tubulure et du bouchon à injections intermittentes du microperfuseur (*voir la méthode 5.9, à la page 272*).	La tubulure du microperfuseur et le bouchon contiennent de l'air. Il faut le retirer afin d'éviter d'en injecter dans les tissus sous-cutanés. Ce surplus de médicament demeurera dans la tubulure entre chaque administration.
㉕ **Désinfecter le bouchon d'injection du microperfuseur** avec un tampon d'alcool 70 % et le déposer sur une compresse stérile.  Laisser sécher au moins 30 secondes.	Afin de diminuer le risque de transmission d'agents pathogènes. Pour permettre à l'alcool de produire son effet aseptisant.

Étapes exécutoires	Justifications
26 **Retirer le capuchon protecteur de la seringue** contenant le médicament **et ajointer celle-ci au bouchon d'injection du microperfuseur** en la vissant complètement.	Cette première insertion n'a pour but que de faire le vide d'air de la tubulure du microperfuseur.
27 **Injecter lentement la quantité de médicament recommandée** par le fabricant **pour effectuer le vide d'air** de la tubulure et de l'aiguille du microperfuseur.	
28 **Retirer la seringue en la dévissant du bouchon d'injection du microperfuseur et la recapuchonner** sans la contaminer.	L'embout de la seringue doit rester stérile, car celle-ci servira à administrer le médicament.
29 **Mettre des gants non stériles.** **N'OUBLIEZ PAS !** Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.	Pour se protéger des liquides biologiques de la personne et éviter la transmission d'agents pathogènes.
ÉVALUATION √ 30 **Choisir un site d'insertion** dont le tissu sous-cutané est exempt de lésions, d'indurations, de contusions ou d'œdème. Éviter les sites qui pourraient causer une blessure à la personne au moment des changements de position. Éviter également les protubérances osseuses. Privilégier l'ordre suivant : 1. région thoracique antérieure haute (aiguille orientée vers le mamelon); 2. région abdominale sus-ombilicale (aiguille orientée vers le nombril, dans le sens des plis cutanés); 3. région abdominale sous-ombilicale (aiguille orientée vers le milieu de l'abdomen); 4. région du bras (aiguille orientée vers l'épaule); 5. région de la cuisse (aiguille orientée vers l'aine). Tous les sites d'injections sous-cutanées peuvent être utilisés. Comme le microperfuseur est laissé en place, il faut éviter que la personne soit incommodée par celui-ci ou qu'elle ressente de la douleur.	Car une vascularisation réduite des tissus compromet l'absorption et la distribution du médicament.

Étapes exécutoires	Justifications

SITUATION CLINIQUE

Dans le cas de monsieur Fournier, en plus des consignes énumérées à l'étape 30, que devez-vous prendre en considération dans le choix du site d'insertion ?

31 **Désinfecter le site d'insertion** avec un tampon de chlorhexidine et d'alcool 70 % en effectuant un mouvement en spirale, du centre vers la périphérie.

Couvrir un diamètre de désinfection de 5 cm autour du site d'insertion et attendre au moins 30 secondes qu'il sèche entièrement, sans agiter la main, ni souffler sur le site, ni l'éponger.



Justifications : Une désinfection du centre vers la périphérie évite de recontaminer la partie désinfectée.

Ce délai permet à l'antiseptique de produire son effet et évite une sensation de brûlure au moment de l'injection. Les gestes d'agiter la main au-dessus du site, de souffler dessus ou de l'éponger risquent de le contaminer.

32 De la main non dominante, **tendre la peau du site** où sera inséré le microperfuseur.

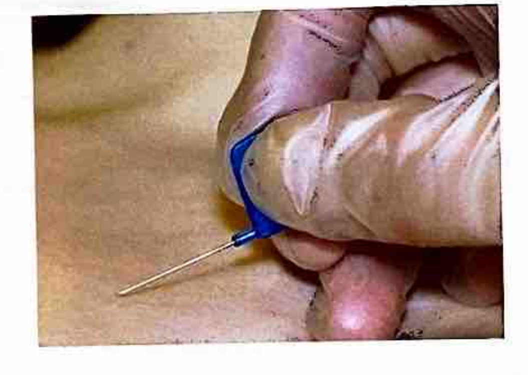
Justification : Car l'aiguille pénètre mieux dans une peau tendue.

Si la personne est cachectique, pincer la peau pour relever les tissus sous-cutanés.

Justification : Chez une personne cachectique, le fait de pincer la peau évite d'atteindre les os.

33 De la main dominante, **tenir le microperfuseur par les ailettes et introduire l'aiguille,** biseau vers le bas, à un angle de 20 à 30° **dans le sens de la circulation lymphatique.**

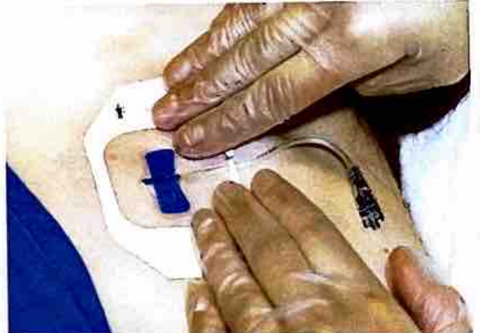
Si du sang apparaît dans la tubulure du microperfuseur, retirer ce dernier et reprendre la manœuvre en choisissant un autre site.



Justification : L'orientation du biseau vers le bas permet au médicament d'être injecté directement dans la circulation lymphatique. Cette dernière favorise l'absorption du médicament.

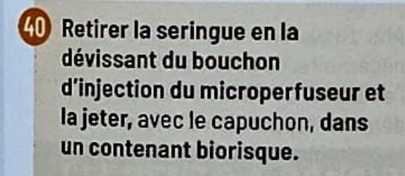
34 **Relâcher la peau** lorsque l'aiguille est insérée.

35 **Fixer le microperfuseur à l'aide de la pellicule transparente adhésive** en laissant le bouchon d'injection à découvert.



Justifications : Afin de stabiliser l'aiguille et de protéger le site des agents pathogènes.

Le bouchon d'injection doit rester à découvert pour permettre l'administration des autres doses du médicament.

Étapes exécutoires		Justifications
36 **Inscrire sur un ruban adhésif** (ou sur l'étiquette fournie dans l'emballage de la pellicule transparente) **la date et l'heure** de l'installation du microperfuseur, **le nom du médicament ainsi que ses initiales.** **Coller le ruban** sur la bande de la pellicule transparente.		Car le microperfuseur doit être changé tous les six jours, ou plus tôt s'il y a présence de signes d'infection ou d'induration, ou s'il incommode la personne.
37 **Désinfecter le bouchon d'injection du microperfuseur** avec un tampon d'alcool 70 % et laisser sécher au moins 30 secondes.		Ce délai permet à l'alcool de produire son effet aseptisant.
38 **Retirer le capuchon protecteur de la seringue et ajointer celle-ci au bouchon d'injection du microperfuseur** en la vissant complètement.		
39 **Injecter lentement le médicament.**		Une injection lente réduit la douleur et le traumatisme des tissus sous-cutanés.
40 **Retirer la seringue en la dévissant du bouchon d'injection du microperfuseur et la jeter,** avec le capuchon, **dans un contenant biorisque.** 		La seringue ayant servi à l'injection du médicament doit être jetée dans un contenant biorisque.
41 **Jeter le matériel souillé** selon le protocole en vigueur dans l'établissement.		Afin de réduire le risque de contamination et d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
42 **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**		Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
43 à **45** Effectuer les étapes **A** à **C** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
 ÉVALUATION	
46 **Demeurer auprès de la personne durant trois à cinq minutes** après l'injection et relever tout signe de réaction indésirable ou allergique telle qu'un choc anaphylactique (dyspnée, avec respiration sifflante et collapsus cardiovasculaire).	
47 **Vérifier si la personne éprouve une sensation de douleur, de brûlure, d'engourdissement ou de démangeaison** au site d'injection.	Car certains médicaments peuvent irriter les tissus et incommoder la personne.
48 **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament,** le site d'insertion du microperfuseur ainsi que le nom et la dose du médicament administré. Signer la FADM. (*Voir l'extrait de la FADM, à la page 318.*)	Afin d'assurer le respect de l'horaire d'administration.
 **N'OUBLIEZ PAS** En vertu du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, l'enregistrement des étapes de préparation et d'administration des médicaments au dossier de la personne est une obligation juridique (S-5, r. 5, art. 53, par. 3.1; art. 55, par. 6.1; art. 56, par. 5.1) et doit comprendre le nom du médicament, la dose administrée, ainsi que la voie, la date et l'heure d'administration.	
49 **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription** de l'administration du médicament **au dossier de la personne.** Ranger la FADM.	Afin d'assurer un suivi adéquat. Cette étape consolide le « 6ᵉ bon ».
 ÉVALUATION	
50 **Évaluer l'état de la personne** à la suite de la prise du médicament, soit après 15 à 45 minutes, selon le pic d'action associé à la voie d'administration.	Afin d'assurer le suivi clinique nécessaire, de déterminer l'efficacité du médicament et de détecter l'apparition d'effets indésirables ou de réactions allergiques. Cette étape correspond au « 7ᵉ bon ».
 ÉVALUATION	
51 **Inspecter régulièrement le site d'injection.**	Afin de prévenir les complications.
ALERTE CLINIQUE **Immersion du site d'insertion** Il faut éviter l'immersion du site pendant le bain. En présence de signe d'infection, d'œdème, d'écoulement purulent, d'odeur fétide ou de saignement au site d'insertion, on doit retirer le microperfuseur et aviser le médecin traitant ou l'infirmière responsable de la personne.	

Étapes postexécutoires	Justifications
 **Si la personne présente une réaction allergique ou des effets indésirables, aviser rapidement le médecin traitant ou l'infirmière responsable.**	Afin que le médecin modifie l'ordonnance et que l'équipe traitante prenne les mesures requises.



Réaction indésirable au médicament

En présence de réactions indésirables, il faut cesser l'administration du médicament en raison du risque de réaction allergique ou de choc anaphylactique et en aviser le médecin traitant.

53 et 54 Effectuer les étapes D et E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure de l'installation, le calibre du microperfuseur et le site d'insertion.
- Dans le cas d'une administration prn, le nom du médicament et la dose administrée.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- Toute réaction anormale ou indésirable (p. ex. du prurit, une douleur, l'apparition de sang) survenue à la suite de l'administration du médicament. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Marcel Fournier **Dossier 234790**

2021-05-10 08:30 Microperfuseur à ailettes sous-cutané n° 25 installé au niveau de la région thoracique droite antérieure haute, aiguille orientée vers le mamelon. Dose de morphine régulière 2 mg S.C. administrée par microperfuseur à ailettes, pas de douleur ou d'inconfort à l'injection. Site intact. Carole Lemire, inf.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER SUR LA FADM

- L'heure d'administration du médicament et le site d'insertion.
- Votre signature, votre titre et vos initiales aux endroits appropriés.
- Toute autre indication exigée par l'établissement (p. ex. rature de l'heure une fois le médicament administré).

Extrait de la FADM de monsieur Marcel Fournier

Médicaments	NUIT 00:00 à 08:00	JOUR 08:00 à 16:00	SOIR 16:00 à 00:00
Médication régulière			
Morphine 2 mg S.C. q 4 h (sulfate de morphine) Début : 2021-05-08 Fin : 2021-05-15	00:30 VP 04:30 VP	08:30 CL 12:30	16:30 20:30
Médication prn			
Morphine 1 mg S.C. q h prn en entre-dose (sulfate de morphine) Début : 2021-05-08 Fin : 2021-05-15	02:30 VP 06:30 VP		

Signature complète de l'infirmière et initiales					
Vitalie Perreault, inf.	VP	Carole Lemire, inf.	CL		

Notes



Préparation de un ou de deux types d'insuline et administration par voie sous-cutanée

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES à la préparation

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Rassembler tout le matériel nécessaire.
3. Procéder à l'hygiène des mains.
4. **Préparer les médicaments d'une seule personne à la fois.**
5. **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).**
6. **Vérifier sur la FADM l'heure de la dernière administration d'insuline.**
7. **Prendre la ou les fioles d'insuline prescrite.**
8. **En présence d'un protocole d'insuline, évaluer la dose.**
9. **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments (« 7 bons »).**
10. **Vérifier la date d'expiration et la date d'ouverture de chaque fiole.**
11. **S'assurer de connaître l'effet thérapeutique.**
12. **Préparer une étiquette.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES de la préparation

13. **Procéder à la préparation de l'injection par voie sous-cutanée.**
    - 13.1 **Préparer un seul type d'insuline.**
    - 13.2 **Préparer deux types d'insuline.**

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES à l'administration

14. **Apporter le médicament à la personne à l'heure prescrite.**
15. **Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.**
16. Expliquer la procédure de soins à la personne.
17. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
18. Assurer le maintien d'un environnement propre.
19. Assurer l'intimité de la personne.
20. Régler la hauteur du lit.
21. **Évaluer les connaissances de la personne.**
22. **Évaluer la capacité de la personne à s'administrer elle-même l'insuline.**
23. **Ne jamais laisser la seringue d'insuline au chevet de la personne sans surveillance.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES de l'administration

24. **Procéder à l'injection sous-cutanée.**
25. **Jeter la seringue avec aiguille dans un contenant biorisque.**
26. **Jeter le matériel souillé.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

27. Réinstaller la personne dans le lit.
28. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
29. Procéder à l'hygiène des mains.
30. **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament.**
31. **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription au dossier de la personne.**
32. **Remplir la feuille de suivi diabétique.**
33. **Évaluer la réaction de la personne au médicament en tenant compte du pic d'action de l'insuline.**
34. **Inspecter le site d'injection.**
35. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
36. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

MS 5.14

SITUATION CLINIQUE

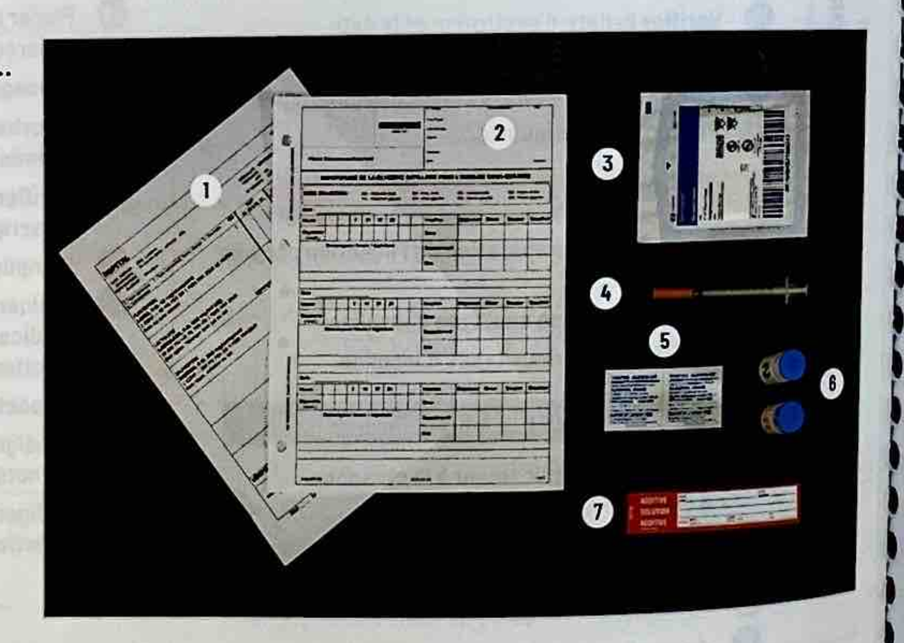
MARIE-ÈVE BÉLAND, 37 ans, se présente au service des urgences. Elle se sent étourdie et fatiguée depuis deux jours. Atteinte de diabète de type 1, elle est traitée à l'insuline depuis 12 ans, et son diabète est bien maîtrisé. Elle mange moins depuis une dizaine de jours en raison d'un rhume qui s'éternise. Afin d'éviter l'hypoglycémie, elle a réduit, de manière autonome, ses doses d'insuline.

Notions de base

L'administration d'insuline par voie sous-cutanée vise à maintenir un taux de glucose sanguin dans les valeurs normales. Cette intervention invasive doit être effectuée dans le respect rigoureux des principes d'asepsie. La préparation d'insuline doit toujours être vérifiée par deux infirmières ; il s'agit là du principe de double vérification indépendante, car l'insuline est considérée comme un médicament à haut risque. Si deux types d'insuline doivent être mélangés dans la même seringue, la double vérification doit être faite pour chacune des deux préparations, soit entre le prélèvement de chaque insuline ainsi qu'à la fin de la préparation. L'accumulation d'insuline dans les tissus sous-cutanés peut provoquer de la lipodystrophie, d'où l'importance d'effectuer une rotation des sites d'injection. La fiole d'insuline, une fois ouverte, garde ses propriétés pendant un mois. Il est donc essentiel d'inscrire sur la fiole la date d'ouverture lors de la première utilisation, afin de pouvoir assurer une vérification de la date à chaque utilisation subséquente. Les fioles d'insuline ouvertes et les stylos injecteurs doivent être conservés au réfrigérateur. Cependant, la durée de conservation varie d'un type d'insuline à l'autre. Il faut consulter les recommandations du fabricant à ce sujet.

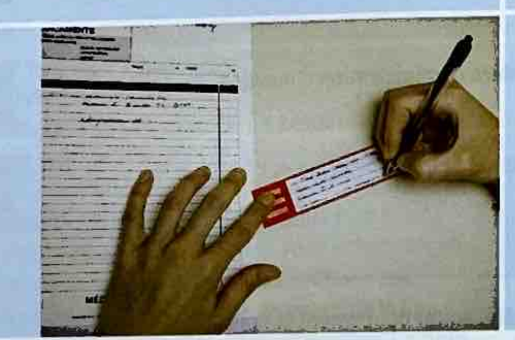
Matériel

- Feuille d'administration des médicaments (FADM) ❶
- Feuille de suivi diabétique ❷
- Compresse ❸
- Seringue à insuline avec aiguille ❹
- Tampons d'alcool 70 % ❺
- Fioles d'insuline ❻
- Étiquette d'identification ❼



Étapes préexécutoires à la préparation	Justifications
1 à **3** Effectuer les étapes **A**, **C** et **D** présentées à la page 1 (étapes préexécutoires générales).	
4 **Préparer les médicaments d'une seule personne à la fois.**	
5 **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).**	Car c'est le document légal autorisant l'administration des médicaments par l'infirmière (activité réservée). Cette vérification permet de s'assurer que l'ordonnance est lisible et précise, et qu'elle concorde avec la FADM.
6 **Vérifier sur la FADM l'heure de la dernière administration d'insuline.**	Pour éviter les erreurs et assurer une administration sécuritaire.
7 **Prendre la ou les fioles d'insuline prescrite** au réfrigérateur et comparer les étiquettes avec la FADM. **N'OUBLIEZ PAS**  En présence d'insuline d'aspect brouillé, agiter doucement la fiole afin d'assurer que toutes les molécules sont en suspension au moment du prélèvement.	Pour éviter les erreurs et s'assurer d'avoir les bonnes fioles d'insuline.
8 **En présence d'un protocole d'insuline, évaluer la dose d'insuline de correction** à administrer selon le résultat de la glycémie.	Car la quantité d'insuline à administrer varie selon le résultat de la glycémie.
9 **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments,** communément appelés les **« 7 bons »**, pour chaque médicament : 1. le bon médicament ; 2. à la bonne dose ; 3. à la bonne personne ; 4. par la bonne voie d'administration ; 5. au bon moment ; 6. en produisant la bonne documentation (exactitude de l'inscription de l'administration du médicament sur la FADM ou au dossier de la personne); 7. en assurant la bonne surveillance des effets attendus et des effets indésirables des médicaments administrés. **ALERTE CLINIQUE** **Les 5 premiers « bons »** La vérification des 5 premiers « bons » doit se faire : 1. avant la préparation du médicament ; 2. lorsque le contenant du médicament est rangé à sa place, le cas échéant ; 3. pendant la préparation du médicament ; 4. au moment de l'administration du médicament à la personne.	Pour assurer une administration sécuritaire et adéquate du médicament.



Étapes préexécutoires à la préparation	Justifications
10 **Vérifier la date d'expiration et la date d'ouverture de chaque fiole.** Ne pas administrer un médicament dont la date d'expiration est dépassée. Les fioles d'insuline sont stables 30 jours après leur date d'ouverture.	Car un médicament périmé peut s'avérer instable sur le plan chimique, être inefficace ou avoir des effets nuisibles.
11 **S'assurer de connaître l'effet thérapeutique** prévu du médicament, sa classe, son action, ses effets indésirables, ses éventuelles interactions avec d'autres médicaments et les éléments à surveiller à la suite de son administration (pharmacodynamie).	Afin d'administrer le médicament de façon sécuritaire et de surveiller les réactions de la personne au traitement, de même que l'apparition d'effets indésirables.
12 **Préparer une étiquette** avec le nom et le prénom de la personne, le type et la dose d'insuline, la voie d'administration, ainsi que la date, l'heure et ses initiales. 	Afin d'identifier la seringue et de connaître son contenu à la suite de la préparation.

Étapes exécutoires de la préparation	Justifications
13 **Procéder à la préparation de l'injection par voie sous-cutanée** selon l'une des méthodes suivantes. **13.1** Préparer un seul type d'insuline. **13.2** Préparer deux types d'insuline.	

ALERTE CLINIQUE

Double vérification

Lors de la préparation de l'insuline, une double vérification indépendante de la seringue avec la fiole d'insuline et la FADM doit être faite par deux infirmières afin d'éviter toute erreur d'administration.

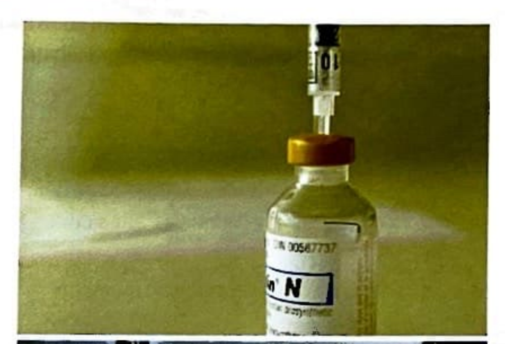
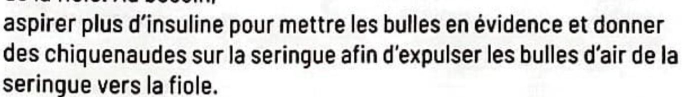
13.1 Préparer un seul type d'insuline.	
13.1.1 Retirer le capuchon protecteur de la fiole afin d'exposer l'opercule de caoutchouc stérile en évitant de le contaminer. Désinfecter soigneusement l'opercule avec un tampon d'alcool 70 %, en effectuant une friction avec mouvements circulaires (du centre vers l'extérieur) pendant 15 secondes. 	Car une fiole d'insuline est utilisée jusqu'à épuisement de l'insuline qu'elle contient ou l'atteinte des 30 jours de stabilité.

Étapes exécutoires de la préparation	Justifications
Laisser sécher pendant au moins 30 secondes avant de prélever le médicament.	Pour permettre à l'alcool de produire son effet aseptisant.



Inscription de la date d'ouverture sur la fiole d'insuline

Il est essentiel de toujours inscrire la date de son ouverture sur la fiole d'insuline, car une fois la fiole ouverte, l'insuline reste stable pendant 30 jours.

Étapes exécutoires de la préparation	Justifications
13.1.2 Prélever la quantité d'air équivalant à la quantité d'insuline à prélever.	En prévision du prélèvement d'insuline.
Enlever le capuchon de la seringue à insuline et le déposer sur une compresse ou un tampon d'alcool ouvert.	Afin de préserver l'asepsie du bouchon.
13.1.3 Insérer l'aiguille au centre de l'opercule et injecter l'air dans la fiole. 	Car la pression positive créée dans la fiole facilitera l'aspiration de l'insuline.
13.1.4 Retourner la fiole en maintenant la pointe de l'aiguille immergée dans l'insuline et prélever le nombre d'unités prescrites.  	Pour éviter d'aspirer de l'air dans la seringue.
En maintenant cette position, prélever le bon nombre d'unités avant de retirer l'aiguille de la fiole. Au besoin, aspirer plus d'insuline pour mettre les bulles en évidence et donner des chiquenaudes sur la seringue afin d'expulser les bulles d'air de la seringue vers la fiole.	Car il faut que la préparation de l'insuline dans la seringue se fasse entièrement pendant que l'aiguille est dans la fiole.
S'assurer d'avoir le bon nombre d'unités d'insuline dans la seringue, retourner la fiole et retirer la seringue.	

SITUATION CLINIQUE

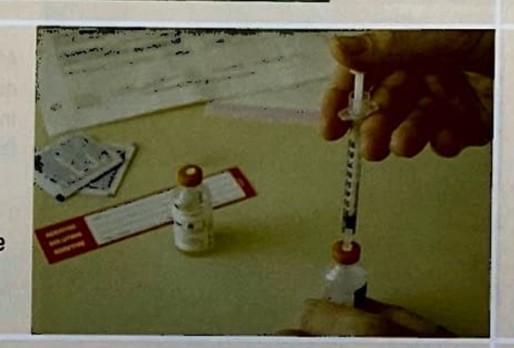
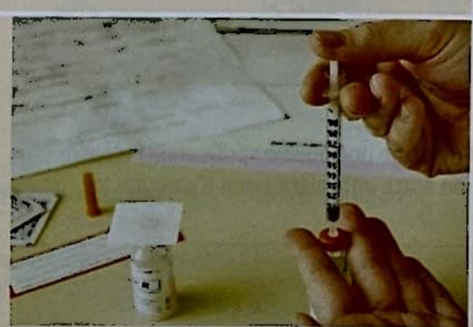
Lors du retrait de la seringue de la fiole d'insuline, vous remarquez qu'il y a deux microbulles coincées dans la partie carrée du haut de la seringue, à l'embase de l'aiguille. Devez-vous les expulser ? Justifiez votre réponse.

Étapes exécutoires de la préparation	Justifications
13.1.5 Remettre le capuchon protecteur sur l'aiguille de façon sécuritaire, en évitant que celle-ci touche le pourtour du capuchon. 	Pour assurer la stérilité de l'aiguille.
13.1.6 Apposer l'étiquette sur le capuchon. En apposant l'étiquette sur le capuchon et non directement sur la seringue : • on évite de cacher le nombre d'unités prélevées dans la seringue ; • on facilite la manipulation de la seringue lors de l'administration de l'insuline ; • on évite que l'étiquette ne bloque l'entrée de la seringue au moment de la jeter dans le contenant biorisque. **ALERTE CLINIQUE** **Capuchon tombé** Advenant que le capuchon se détache de la seringue pendant le transport, l'aiguille est considérée comme étant contaminée. Il faut jeter la seringue et reprendre la procédure.	Pour identifier la seringue et assurer l'administration du bon médicament à la bonne personne.
13.1.7 Effectuer la double vérification indépendante en comparant d'abord par soi-même la fiole d'insuline et le nombre d'unités prélevé avec la FADM. Demander ensuite à une autre infirmière d'effectuer les mêmes vérifications de manière autonome. Passer à l'étape 14.	Afin de respecter les lignes directrices de la double vérification indépendante et de réduire ainsi le risque d'erreurs.
13.2 Préparer deux types d'insuline. **ALERTE CLINIQUE** **Insuline à action prolongée** Les insulines à action prolongée (p. ex. Levemir[MD] ou Lantus[MD]) ne doivent pas être mélangées avec un autre type d'insuline. Il faut alors préparer deux seringues différentes d'insuline : l'une avec l'insuline à action rapide et la seconde avec l'insuline à action prolongée.	

Étapes exécutoires de la préparation	Justifications
13.2.1 Désinfecter soigneusement l'opercule de caoutchouc de chaque fiole d'insuline avec un tampon d'alcool 70 %.	Car une fiole d'insuline est utilisée jusqu'à épuisement de l'insuline qu'elle contient ou l'atteinte des 30 jours de stabilité.
Laisser sécher pendant au moins 30 secondes avant de prélever le médicament.	Pour permettre à l'alcool de produire son effet aseptisant.
13.2.2 Prélever la quantité d'air équivalant à la quantité d'insuline à action intermédiaire à prélever.	En prévision du prélèvement d'insuline.
Enlever le capuchon de la seringue à insuline et le déposer sur une compresse ou un tampon d'alcool ouvert.	Afin de préserver l'asepsie du bouchon.

N'OUBLIEZ PAS 

Après avoir vérifié la compatibilité des deux insulines à mélanger, il faut procéder selon l'ordre « lente, rapide, rapide, lente » pour injecter l'air, puis prélever l'insuline.

Étapes exécutoires de la préparation	Justifications
13.2.3 Insérer l'aiguille au centre de l'opercule et injecter l'air dans la fiole d'insuline à action intermédiaire (solution trouble). 	Car la pression positive créée dans la fiole facilitera l'aspiration de l'insuline.
Éviter que le biseau de l'aiguille touche la solution.	Afin de ne pas contaminer l'aiguille qui va servir à prélever l'insuline à action rapide par la suite.
13.2.4 Retirer l'aiguille de la fiole d'insuline trouble en maintenant le piston.	Afin d'éviter l'aspiration d'air pendant le retrait de l'aiguille.
13.2.5 Avec la même seringue, prélever la quantité d'air équivalant à la quantité d'insuline à action rapide à prélever et l'injecter dans la fiole d'insuline à action rapide (solution limpide). 	Car la pression positive créée dans la fiole facilitera l'aspiration de l'insuline.

Étapes exécutoires de la préparation	Justifications
13.2.6 Retourner la fiole en maintenant la pointe de l'aiguille immergée dans l'insuline et prélever le nombre d'unités prescrites. En maintenant cette position, prélever le bon nombre d'unités avant de retirer l'aiguille de la fiole. Au besoin, aspirer plus d'insuline pour mettre les bulles en évidence et donner des chiquenaudes sur la seringue afin d'expulser les bulles d'air de la seringue vers la fiole. S'assurer d'avoir le bon nombre d'unités d'insuline dans la seringue, retourner la fiole et retirer la seringue.	Pour éviter d'aspirer de l'air dans la seringue. Car il faut que la préparation de l'insuline dans la seringue se fasse entièrement pendant que l'aiguille est dans la fiole.

N'OUBLIEZ PAS 

L'insuline à action rapide peut être mélangée avec toutes les insulines troubles (intermédiaires), mais il est important de la prélever en premier lieu, afin de préserver l'intégrité de la fiole d'insuline rapide. On ne veut pas introduire par mégarde de l'insuline à action intermédiaire dans la fiole d'insuline à action rapide.

Étapes exécutoires de la préparation	Justifications
13.2.7 Effectuer la double vérification indépendante du prélèvement de l'insuline à action rapide en comparant d'abord par soi-même la fiole d'insuline et le nombre d'unités prélevé avec la FADM. Demander ensuite à une autre infirmière d'effectuer les mêmes vérifications de manière autonome. 	Afin de respecter les lignes directrices de la double vérification indépendante et de réduire ainsi le risque d'erreurs.

ALERTE CLINIQUE

Double vérification indépendante

Comme la préparation de chaque insuline exige une double vérification indépendante, il faut faire vérifier la dose par une autre infirmière avant d'y ajouter le deuxième type d'insuline.

Étapes exécutoires de la préparation	Justifications
13.2.8 Remettre l'aiguille dans la fiole d'insuline à action intermédiaire (solution trouble) et prélever le nombre d'unités prescrites.	Afin d'obtenir dans la même seringue les deux doses d'insuline prescrites (rapide et intermédiaire).

N'OUBLIEZ PAS 

Le nombre d'unités à prélever doit s'ajouter aux unités déjà présentes dans la seringue. Par exemple, si vous devez prélever 10 unités d'insuline à action intermédiaire et que vous avez déjà 5 unités d'insuline à action rapide dans la seringue, vous allez prélever de l'insuline intermédiaire jusqu'à l'unité 15 sur la seringue (5 rapide + 10 intermédiaire = 15 unités au total dans la seringue).

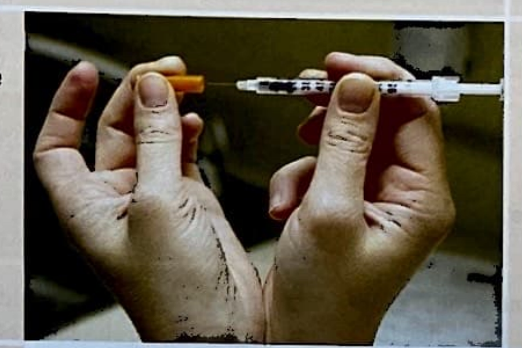
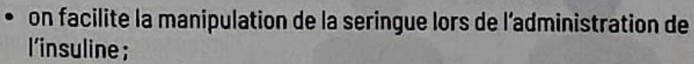
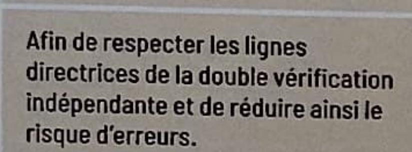
SITUATION CLINIQUE

Lors du prélèvement de la deuxième insuline, vous dépassez le nombre total d'unités requises. Que faites-vous ?

ALERTE CLINIQUE

Aspiration d'air

Il faut faire très attention au moment de prélever la deuxième insuline pour ne pas aspirer d'air. Pour ce faire, on doit maintenir le biseau en permanence dans le liquide et ajouter le nombre exact d'unités. Sinon, il faut recommencer le mélange des deux insulines au complet.

Étapes exécutoires de la préparation	Justifications
13.2.9 Retirer l'aiguille de la fiole d'insuline trouble et vérifier que le nombre d'unités prélevées correspond au nombre d'unités prescrites.	Afin d'assurer le respect de la dose à administrer.
13.2.10 Remettre le capuchon protecteur sur l'aiguille de façon sécuritaire, en évitant que celle-ci touche le pourtour du capuchon. 	Pour assurer la stérilité de l'aiguille.
13.2.11 Apposer l'étiquette sur le capuchon. En apposant l'étiquette sur le capuchon et non directement sur la seringue : • on évite de cacher le nombre d'unités prélevées dans la seringue ; • on facilite la manipulation de la seringue lors de l'administration de l'insuline ; • on évite que l'étiquette ne bloque l'entrée de la seringue au moment de la jeter dans le contenant biorisque.   	Pour identifier la seringue et assurer l'administration du bon médicament à la bonne personne.
13.2.12 Effectuer la double vérification indépendante du prélèvement de l'insuline à action intermédiaire ou prolongée en comparant d'abord par soi-même la fiole d'insuline et le nombre d'unités prélevé avec la FADM. Demander ensuite à une autre infirmière d'effectuer les mêmes vérifications de manière autonome.	Afin de respecter les lignes directrices de la double vérification indépendante et de réduire ainsi le risque d'erreurs. 
13.2.13 Administrer le mélange des deux types d'insuline dans les cinq minutes suivant sa préparation.	Car l'insuline à action rapide a tendance à se fixer à l'insuline à action intermédiaire, ce qui atténue son action.

Étapes préexécutoires à l'administration	Justifications
14 **Apporter le médicament à la personne à l'heure prescrite.**	
15 **Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.** Demander à la personne de se nommer et de donner sa date de naissance, et comparer ces renseignements avec ceux inscrits sur son bracelet d'identité. S'assurer que la personne porte un bracelet d'identité conforme et lisible.	Car le bracelet d'identité constitue la source la plus fiable pour l'identifier. Il doit être mis au poignet de la personne dès son admission dans l'établissement. Vérifier le nom de la personne uniquement de façon orale est déconseillé en raison du risque d'erreur (p. ex. chez une personne désorientée).

16 à **20** Effectuer les étapes **F** à **J** présentées à la page 2 (étapes préexécutoires générales).

ÉVALUATION



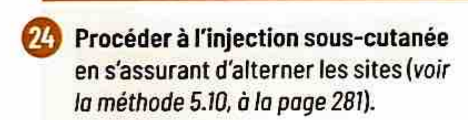
21 **Évaluer les connaissances de la personne** concernant son état de santé, les signes d'hypoglycémie et d'hyperglycémie, ainsi que l'insuline qu'elle doit recevoir.	Afin de déterminer ses besoins en matière d'enseignement.

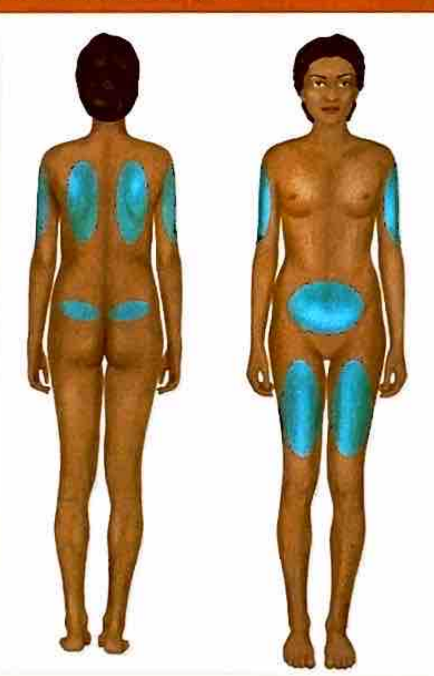
ÉVALUATION

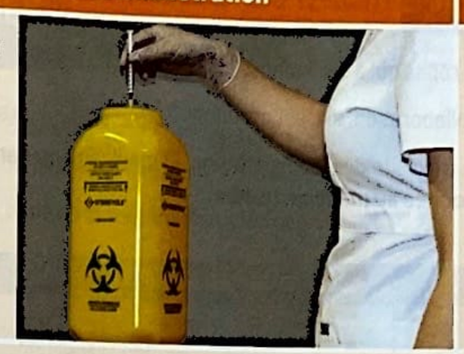


22 **Évaluer la capacité de la personne à s'administrer elle-même l'insuline,** si cela est possible.	Afin de déterminer le soutien qu'exige l'état de la personne.
23 **Ne jamais laisser la seringue d'insuline au chevet de la personne sans surveillance,** sauf si celle-ci participe à un programme d'autogestion des médicaments.	Car l'infirmière a la responsabilité de s'assurer que la personne a pris ses médicaments. Cette précaution évite qu'une autre personne les prenne à sa place ou que les médicaments soient contaminés ou égarés.

Étapes exécutoires de l'administration	Justifications
24 **Procéder à l'injection sous-cutanée** en s'assurant d'alterner les sites (*voir la méthode 5.10, à la page 281*).	Car l'accumulation d'insuline dans les tissus sous-cutanés peut provoquer de la lipodystrophie, d'où l'importance d'effectuer une rotation des sites d'injection.





Étapes exécutoires de l'administration	Justifications
25 **Jeter la seringue avec aiguille dans un contenant biorisque sans la recapuchonner.** 	Car recapuchonner l'aiguille augmente le risque de piqûre accidentelle.
26 **Jeter le matériel souillé.**	

Étapes postexécutoires	Justifications
27 à 29 Effectuer les étapes **A** à **C** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
30 **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament,** le site d'injection ainsi que le nom et la dose du médicament administré. Signer la FADM. *(Voir l'extrait de la FADM, à la page suivante.)*	Afin d'assurer le respect de l'horaire d'administration.
N'OUBLIEZ PAS  En vertu du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, l'enregistrement des étapes de préparation et d'administration des médicaments au dossier de la personne est une obligation juridique (S-5, r. 5, art. 53, par. 3.1; art. 55, par. 6.1; art. 56, par. 5.1) et doit comprendre le nom du médicament, la dose administrée, ainsi que la voie, la date et l'heure d'administration.	
31 **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription** de l'administration du médicament **au dossier de la personne.** Ranger la FADM.	Afin d'assurer un suivi adéquat. Cette étape consolide le « 6e bon ».
32 Si un tel document est exigé par l'établissement, **remplir la feuille de suivi diabétique** en inscrivant la date et l'heure de l'administration de l'injection, ainsi que la quantité d'insuline administrée et le site d'administration.	Afin de faciliter le repérage des doses reçues en fonction des heures d'administration.
ÉVALUATION 	
33 **Évaluer la réaction de la personne au médicament en tenant compte du pic d'action de l'insuline.** Refaire une mesure de la glycémie capillaire au besoin.	Cette évaluation permet de déterminer l'efficacité du médicament.
ÉVALUATION 	
34 **Inspecter le site d'injection** et noter les signes de contusion ou d'induration. Le cas échéant, aviser le médecin traitant ou l'infirmière responsable de la personne, recouvrir le site d'une compresse d'eau tiède et inscrire ces données dans les notes d'évolution.	Car une contusion ou une induration indique une complication de l'injection.
35 et 36 Effectuer les étapes **D** et **E** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	



ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La proportion, en pourcentage, du repas qui a été mangé.
- La réaction de la personne et sa collaboration, si c'est pertinent.
- Toute réaction anormale survenue à la suite de l'administration du médicament. Par exemple, une hypoglycémie. **Il faut également signaler cette donnée au médecin traitant.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Marie-Ève Béland **Dossier 987123**

2021-05-10 18:30 Souper : mange 75 % de son repas. Vitalie Perreault, inf.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER SUR LA FADM

- L'heure d'administration du médicament et le site d'injection.
- Votre signature, votre titre et vos initiales aux endroits appropriés.
- Toute autre indication exigée par l'établissement (p. ex. rature de l'heure une fois le médicament administré).

Extrait de la FADM de madame Marie-Ève Béland

Médicaments	**NUIT** 00:00 à 08:00	**JOUR** 08:00 à 16:00	**SOIR** 16:00 à 00:00
Médication régulière			
Insuline NovoRapid **8 unités aux repas et 4 unités hs** Début : 2021-05-05 Fin : 2021-05-12		08:30 CL/JM 12:30 CL/JM	17:30 VP/CS 22:00 VP/CS
Insuline NPH **22 unités hs** Début : 2021-05-05 Fin : 2021-05-12			22:00 VP/CS

Signature complète de l'infirmière et initiales					
		Carole Lemire, inf.	CL	Vitalie Perreault, inf.	VP
		Johanne Mercier, inf.	JM	Charles Soucy, inf.	CS

ÉLÉMENTS À CONSIGNER SUR LA FEUILLE DE SUIVI DIABÉTIQUE

MS 5.14

- La date, l'heure et le résultat de la mesure de la glycémie.
- Le type d'insuline et la dose administrée, ainsi que l'heure, la voie et le site d'administration.
- Votre signature, votre titre et vos initiales aux endroits appropriés.

FEUILLE DE SUIVI DIABÉTIQUE

DATE	GLYCÉMIE PAR GLUCOMÈTRE										HEURE	HYPOGLYCÉMIANTS ORAUX, INSULINE S.C. OU POMPE À INSULINE	SITE	INITIALES	
		Nuit	À jeun	p.c. déj.	a.c. dîner	p.c. dîner	a.c. souper	p.c. souper	h.s.	Autre				Inf.	Vér.
2021-05-10	Heure			07:00							08:00	Insuline Humulin R 4 unités + Humulin N 16 unités S.C.	B.D.	VP	CL
	Résultat			10,1											

Signature complète de l'infirmière et initiales					
Vitalie Perreault, inf.	VP				
Carole Lemire, inf.	CL				

Notes

SECTION

6 Fonction respiratoire

RÉDACTION : **Vitalie Perreault**, inf., M. Sc.
RÉVISION SCIENTIFIQUE : **Stéphane Delisle**, inh., Ph. D., FCCM

Guide d'étude
J'optimise mes apprentissages en effectuant les activités proposées au chapitre 13, p. 51 à 54.



Manuel
Chapitre 13 – Oxygénation, p. 358



Ressources en ligne
- Grilles d'observation
- Solutionnaire – Questions liées aux situations cliniques



Aspiration des sécrétions

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer le maintien d'un environnement propre.
9. Assurer l'intimité de la personne.
10. Régler la hauteur du lit.

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

11. **Évaluer les facteurs pouvant influer sur le fonctionnement des voies respiratoires.**
12. **Procéder à l'hygiène buccale si la personne ne l'a pas déjà fait.**
13. **Procéder à l'examen physique respiratoire de la personne.**
14. **Évaluer l'autonomie de la personne pour expectorer et évacuer ses sécrétions nasales.**
15. **Expliquer la procédure à la personne, et préciser que l'aspiration pourrait provoquer un haut-le-cœur et déclencher un réflexe de toux ou d'éternuements.**
16. **Aider la personne à prendre une position adaptée à sa condition.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

17. **Mettre un masque et une visière, ou des lunettes de protection.**
18. **Déposer un piqué sur le thorax de la personne.**
19. **Indiquer la date et l'heure sur la bouteille de solution de rinçage.**
20. **Ouvrir le contenant stérile et la bouteille de solution de rinçage.**
21. **Verser environ 100 mL de solution de rinçage dans le contenant stérile.**
22. **Demander à la personne d'inspirer profondément et d'expirer lentement pendant la préparation de l'aspiration.**
23. **Ouvrir l'emballage du cathéter d'aspiration de façon stérile sans sortir le cathéter de l'emballage.**
24. **Mettre des gants non stériles.**
25. **Tout en laissant le cathéter dans l'emballage, ajointer l'embout rigide à la tubulure de raccordement de l'appareil d'aspiration.**
26. **Régler la pression d'aspiration de l'appareil.**
27. **Avec la main dominante, retirer le cathéter de son emballage et l'enrouler dans la main.**
28. **Vérifier le degré d'aspiration, puis humecter le cathéter.**
29. **Procéder à l'aspiration des sécrétions.**
    - 29.1 **Aspirer des sécrétions nasopharyngées.**
    - 29.2 **Aspirer des sécrétions oropharyngées.**
30. **Disjoindre le cathéter de la tubulure de raccordement.**
31. **Rincer la tubulure de raccordement.**
32. **Fermer l'appareil d'aspiration.**
33. **Jeter la solution de rinçage dans l'évier ou le lavabo et disposer du contenant.**
34. **Retirer l'équipement de protection individuelle et le jeter à la poubelle. Disposer du piqué.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

35. Réinstaller la personne dans le lit.
36. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
37. Procéder à l'hygiène des mains.
38. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
39. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.
40. **Apporter au chevet de la personne le matériel requis pour la prochaine aspiration.**
41. **Réévaluer l'état respiratoire de la personne de 15 à 30 minutes après le début du traitement.**
42. **Aviser le médecin si la personne présente une SpO_2 inférieure à la valeur minimale visée.**

SITUATION CLINIQUE

DENISE GAGNON, 45 ans, a été opérée ce matin pour une résection de nodules des cordes vocales. Elle a de la difficulté à avaler sa salive. Par ailleurs, elle souffre d'allergies saisonnières, ce qui lui cause un écoulement nasal important.

Notions de base

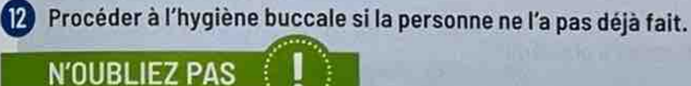
L'aspiration mécanique des sécrétions du nasopharynx ou de l'oropharynx est justifiée pour la personne présentant :

- une respiration embarrassée avec incapacité d'expectorer ses sécrétions ;
- une dyspnée accompagnée de ronchi ou de cyanose ;
- des sécrétions qui obstruent ses voies respiratoires ou qui provoquent des signes de travail respiratoire augmenté (utilisation des muscles accessoires, tirage, etc.) ;
- une baisse de la saturation pulsée en oxygène (SpO_2).

Matériel

- Cathéter d'aspiration nasopharyngée stérile de taille appropriée (1)
  - Adulte : de 12 à 18 Fr
  - Enfant : de 8 à 10 Fr
  - Nourrisson : de 5 à 8 Fr
- Cathéter d'aspiration oropharyngée (2)
- Appareil d'aspiration portatif ou mural (3)
- Tubulure de raccordement (4)
- Compresse (5)
- Solution de rinçage (environ 100 mL de solution physiologique ou d'eau stérile, ou, à domicile, d'eau du robinet) (6)
- Masque (7) et lunettes de protection (8) ou visière
- Blouse de protection, au besoin (9)
- Mouchoirs de papier (10)
- Contenant stérile (11)
- Piqué jetable (ou serviette) (12)
- Gants stériles ou non stériles, selon le cas (13)



Étapes préexécutoires	Justifications
 1 à 10 Effectuer les étapes  A à J présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
ÉVALUATION 	
11 Évaluer les facteurs pouvant influer sur le fonctionnement des voies respiratoires, notamment :	
• la présence de déshydratation ;	Car la déshydratation provoque l'épaississement des sécrétions.
• l'humidité ambiante ;	Car un environnement humide aide à liquéfier les sécrétions, ce qui facilite leur expulsion, alors qu'un environnement sec provoque l'épaississement des sécrétions, rendant leur expulsion plus difficile.
• l'infection ;	Car l'infection provoque l'épaississement des sécrétions, les rendant plus difficiles à expulser.
• l'altération des structures anatomiques.	Car l'altération des structures anatomiques (p. ex. une cloison nasale déviée, une fracture des os du visage, une tumeur compressive) peut perturber l'élimination naturelle des sécrétions.
12 Procéder à l'hygiène buccale si la personne ne l'a pas déjà fait.  N'OUBLIEZ PAS  L'hygiène buccale doit être faite régulièrement afin de prévenir les infections respiratoires chez toutes les personnes nécessitant une aspiration.	Afin de prévenir toute pneumonie d'aspiration à la suite de la procédure.
ÉVALUATION 	
13 Procéder à l'examen physique respiratoire de la personne dans le but de déceler :	
• toute manifestation clinique associée à l'hypoxie : tachypnée, agitation, somnolence, teint grisâtre, tirage sous-costal et sous-sternal, utilisation des muscles accessoires, accompagnés ou non de cyanose des lèvres, des extrémités ou des lobes d'oreilles ;	Car une hypoxie non traitée peut entraîner des arythmies cardiaques, parfois mortelles.
• des signes d'hypercapnie : céphalées, somnolence ;	Car l'hypercapnie entraîne une élévation de la fréquence et de l'amplitude respiratoires.
• toute manifestation clinique d'une obstruction des voies respiratoires supérieures ou inférieures : bruits audibles à l'oreille ou à l'auscultation, sécrétions nasales ou buccales importantes.	Car les sécrétions présentes dans les voies respiratoires diminuent l'efficacité des échanges gazeux.
ÉVALUATION 	
14 Évaluer l'autonomie de la personne pour expectorer et évacuer ses sécrétions nasales.	Pour déterminer la nécessité de procéder à l'aspiration des sécrétions.

Étapes préexécutoires	Justifications
N'OUBLIEZ PAS ! L'aspiration des sécrétions est une expérience traumatisante. De plus, elle augmente le risque de transmission d'agents pathogènes, ainsi que le risque d'hypoxie, et peut causer des lésions aux muqueuses des voies respiratoires. Elle doit donc être effectuée uniquement si la personne n'arrive pas à le faire de manière autonome.	
15 **Expliquer la procédure à la personne, et préciser que l'aspiration pourrait provoquer un haut-le-cœur et déclencher un réflexe de toux ou d'éternuements,** mais que ceux-ci seront de courte durée.	Pour favoriser la collaboration de la personne et prévenir celle-ci des sensations désagréables qu'elle pourrait ressentir. Aussi pour que la personne sache que ces malaises seront passagers.
16 **Aider la personne à prendre une position adaptée à sa condition.** a) Personne consciente ayant le réflexe de déglutition : position semi-Fowler ou Fowler, la tête tournée de côté pour une aspiration buccale ou en hyperextension pour une aspiration nasopharyngée. b) Personne inconsciente ou personne ayant des problèmes de déglutition : position de décubitus latéral ou semi-Fowler.	De manière à faciliter l'insertion du cathéter et à favoriser le drainage des sécrétions.

SITUATION CLINIQUE

Étant donné la situation de madame Gagnon, quelle position serait à privilégier ?

Étapes exécutoires	Justifications
17 **Mettre un masque, et une visière ou des lunettes de protection.** En présence de sécrétions abondantes ou d'une situation d'isolement, mettre aussi une blouse de protection et des gants.	Pour se protéger des sécrétions et des projections de gouttelettes.
18 **Déposer un piqué sur le thorax de la personne.**	Pour éviter de souiller la chemise d'hôpital de la personne et la literie.
19 **Indiquer la date et l'heure sur la bouteille de solution de rinçage.**	Car la solution est stérile seulement pendant les 24 heures suivant son ouverture.
20 **Ouvrir le contenant stérile et la bouteille de solution de rinçage.** Déposer le bouchon de la bouteille de solution à l'envers sur une surface propre.	Pour préserver la stérilité du bouchon.
21 **Verser environ 100 mL de solution de rinçage dans le contenant stérile.**	Pour nettoyer le cathéter d'aspiration.
22 En présence d'oxygénothérapie, respecter l'ordonnance médicale ou le protocole en vigueur en ce qui a trait au débit d'oxygène (O_2). **Demander à la personne d'inspirer profondément et d'expirer lentement pendant la préparation de l'aspiration.**	Afin de réduire l'hypoxémie consécutive à l'aspiration.

Étapes exécutoires	Justifications
23 **Ouvrir l'emballage du cathéter d'aspiration de façon stérile sans sortir le cathéter de l'emballage.**	Pour préserver sa stérilité.
24 **Mettre des gants non stériles.**  **N'OUBLIEZ PAS !** La méthode de soins est exécutée de manière stérile en milieu pédiatrique et en présence d'une personne immunosupprimée.	Pour se protéger des sécrétions et éviter la transmission d'agents pathogènes.
25 **Tout en laissant le cathéter dans l'emballage, ajointer l'embout rigide** nasopharyngé ou oropharyngé, selon le cas, **à la tubulure de raccordement de l'appareil d'aspiration.** 	Pour préserver la stérilité du cathéter.
26 **Régler la pression d'aspiration de l'appareil** en appuyant sur l'orifice du cathéter d'aspiration. Régler la pression selon l'âge de la personne : a) Adulte : de 100 à 150 mm Hg. b) Enfant de 5 ans et plus : de 100 à 120 mm Hg. c) Enfant de moins de 5 ans : de 80 à 100 mm Hg. d) Nourrisson : de 60 à 80 mm Hg. **ALERTE CLINIQUE** **Réglage de la pression d'aspiration de l'appareil** Ce réglage ne doit jamais être fait pendant l'aspiration des sécrétions de la personne afin de prévenir les lésions aux muqueuses.	Afin d'assurer une aspiration conforme.
27 **Avec la main dominante, retirer le cathéter de son emballage et l'enrouler dans la main** en évitant de toucher aux 10 derniers centimètres de son extrémité.	Afin de tenir plus fermement le cathéter et de préserver la stérilité de l'extrémité.
28 Placer le pouce de la main non dominante sur l'orifice du cathéter d'aspiration. **Vérifier le degré d'aspiration** en bloquant l'orifice avec le pouce, **puis humecter le cathéter** en aspirant un peu de solution de rinçage. 	Afin d'actionner l'aspiration. La main non dominante est alors considérée comme contaminée, car les sécrétions aspirées touchent le pouce. Humecter le cathéter facilite son introduction et évite l'adhésion des sécrétions sur sa paroi intérieure pendant l'aspiration.

Étapes exécutoires	Justifications
29 **Procéder à l'aspiration des sécrétions** selon l'une des méthodes suivantes. **29.1** Aspirer des sécrétions nasopharyngées. **29.2** Aspirer des sécrétions oropharyngées.	
29.1 Aspirer des sécrétions nasopharyngées.	
29.1.1 Sans aspirer et en utilisant la main dominante, introduire le cathéter nasopharyngé le long du plancher de la cavité nasale jusqu'au pharynx à une profondeur d'environ 15 cm (de 8 à 12 cm chez l'enfant).  Si la personne déglutit ou présente un réflexe nauséeux, cesser d'introduire le cathéter et retirer celui-ci partiellement. Attendre quelques secondes et le réintroduire. S'il y a résistance au moment de l'introduction du cathéter, le retirer et l'insérer dans l'autre narine.	En présence de déglutition ou de réflexe nauséeux au moment de l'insertion, le cathéter risque de pénétrer dans l'œsophage.

ALERTE CLINIQUE

Insertion du cathéter et aspiration

Il ne faut jamais procéder à l'aspiration pendant l'insertion du cathéter, car cela augmente le risque de lésion des muqueuses et peut provoquer une hypoxie consécutive à l'aspiration de l'O_2 présent dans les voies respiratoires.

29.1.2 Aspirer de façon intermittente pendant 10 à 12 secondes (5 ou 6 secondes chez l'enfant) en retirant le cathéter lentement tout en effectuant un mouvement rotatif avec le pouce et l'index de la main dominante pendant que le pouce de l'autre main bloque l'orifice du cathéter par intermittence.	Pour prévenir les lésions aux muqueuses. Une aspiration de plus de 15 secondes peut causer une hypoxémie.
29.1.3 Une fois le cathéter complètement sorti, demander à la personne de se moucher si elle en est capable.	Afin de dégager davantage les voies respiratoires.

SITUATION CLINIQUE

Dans le cas de madame Gagnon, est-il indiqué de lui demander de se moucher ?

29.1.4 Aspirer une petite quantité de solution de rinçage.	Pour nettoyer la lumière du cathéter et accroître l'efficacité de l'aspiration suivante.
29.1.5 Répéter l'aspiration au besoin. Passer à l'étape 30.	Afin d'assurer un dégagement efficace des voies respiratoires de la personne.

Étapes exécutoires	Justifications
29.2 Aspirer des sécrétions oropharyngées.	
29.2.1 Dire à la personne d'éviter de tousser pendant l'aspiration.	Car la toux au moment de l'aspiration peut provoquer des lésions de la muqueuse buccale.
29.2.2 Insérer le cathéter oropharyngé dans la bouche en suivant la ligne gingivale jusqu'au pharynx. Ne pas laisser l'embout du cathéter s'accoler à la muqueuse buccale.	Comme ce cathéter permet une aspiration continue, il faut procéder avec prudence pour éviter d'altérer la muqueuse buccale.
29.2.3 Déplacer l'embout du cathéter dans la bouche et aspirer autour des gencives, sous la langue et dans la cavité pharyngée. Si la personne tousse, cesser l'aspiration et attendre quelques secondes avant de la reprendre.	Afin d'aspirer un maximum de sécrétions.
29.2.4 Rincer le cathéter dans la solution de rinçage et en aspirer une petite quantité.	Pour nettoyer le cathéter et sa lumière afin d'accroître l'efficacité de l'aspiration suivante.
29.2.5 Répéter l'aspiration au besoin.	Afin d'assurer un dégagement efficace des voies respiratoires de la personne.
30 Disjoindre le cathéter de la tubulure de raccordement. a) Enrouler le cathéter nasopharyngé dans le gant et retirer celui-ci en le retournant sur la main avant de le jeter à la poubelle. b) Jeter le cathéter oropharyngé à la poubelle.	Afin de prévenir la propagation d'agents pathogènes.
31 Rincer la tubulure de raccordement en aspirant de la solution de rinçage et la ranger sur l'appareil d'aspiration.	Pour accroître l'efficacité des aspirations suivantes.
32 Fermer l'appareil d'aspiration. Si la personne recevait de l'oxygène avant le traitement, remettre l'oxygénothérapie en fonction.	Afin d'éviter les bruits inutiles et d'économiser l'énergie.
33 Jeter la solution de rinçage dans l'évier ou le lavabo et disposer du contenant. a) Si le contenant est à usage unique, le jeter. b) Si le contenant est réutilisable, le rincer et le déposer à l'endroit prévu pour qu'il soit stérilisé. c) Si le contenant demeure au chevet de la personne, le laver en vue de la prochaine aspiration.	La solution de rinçage a été contaminée par les sécrétions de la personne.
34 Retirer l'équipement de protection individuelle et le jeter à la poubelle. **Disposer du piqué,** jetable ou réutilisable, selon les politiques de l'établissement.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.

N'OUBLIEZ PAS !

Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.

Étapes postexécutoires	Justifications
35 à **39** Effectuer les étapes **A** à **E** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
40 **Apporter au chevet de la personne le matériel requis pour la prochaine aspiration.**	Pour intervenir rapidement en cas de besoin.



41 **Réévaluer l'état respiratoire de la personne de 15 à 30 minutes après le début du traitement.**	Afin d'assurer le suivi clinique de l'état respiratoire de la personne et de constater l'effet thérapeutique du traitement.
42 **Aviser le médecin si la personne présente une SpO_2 inférieure à la valeur minimale visée.** En présence d'oxygénation continue, régler le débit de l'O_2 selon l'ordonnance médicale.	À moins d'avis contraire, la SpO_2 d'une personne recevant de l'oxygène devrait être maintenue à un taux de 92 à 98 %.

ALERTE CLINIQUE

SpO_2 chez une personne sous oxygénation

Il faut éviter une SpO_2 à 100 % chez une personne sous oxygénation, car une saturation à 100 % combinée avec le problème respiratoire de la personne peut faire chuter la pression partielle de l'oxygène dans le sang artériel (PaO_2) sans que le saturomètre puisse le vérifier. Ainsi, la personne manquera d'oxygène dans son sang artériel, et le saturomètre affichera quand même 100 %. Il est donc recommandé de diminuer la quantité d'O_2 administré pour obtenir une saturation visée et non 100 %.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure d'exécution de l'aspiration.
- Les résultats de l'examen physique respiratoire justifiant l'aspiration des sécrétions.
- Le type d'aspiration, incluant le type et le calibre du cathéter utilisé.
- La description des caractéristiques des sécrétions aspirées (aspect, couleur, quantité, consistance et odeur).
- Les résultats de la réévaluation de l'état respiratoire à la suite de l'aspiration.
- Toute complication survenue à la suite de l'aspiration (p. ex. $SpO_2 < 90$ % sans amélioration, dyspnée importante). **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Denise Gagnon **Dossier 564798**

2021-05-16 11:00 Présence de sécrétions nasales et écoulement nasal important. Impossibilité de se dégager elle-même. Aspiration nasopharyngée c̄ cathéter 12 Fr. Sécrétions blanchâtres abondantes. Bonne collaboration, se dit mieux postaspiration. Didier Samba, inf.



Alimentation en oxygène : oxygénothérapie

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer le maintien d'un environnement propre.
9. Assurer l'intimité de la personne.
10. Régler la hauteur du lit.
11. **Vérifier les résultats antérieurs de la SpO_2.**
12. **Évaluer les facteurs pouvant influer sur le fonctionnement des voies respiratoires.**
13. **Procéder à l'examen physique respiratoire de la personne.**
14. **Mesurer la SpO_2 de la personne.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

15. **Fixer le débitmètre à la source d'O_2 murale.**
16. **Si une bouteille d'eau stérile est nécessaire, la fixer au débitmètre avec un adaptateur ou un nébuliseur à large volume avec adaptateur de style Venturi.**
17. **Administrer de l'oxygène.**
    - **17.1 Administrer de l'oxygène par lunette nasale.**
    - **17.2 Administrer de l'oxygène par nébuliseur à large volume avec bouteille d'eau stérile et adaptateur de style Venturi.**
    - **17.3 Administrer de l'oxygène par masque à entraînement d'air Venturi.**
    - **17.4 Administrer de l'oxygène par masque à réinspiration partielle ou sans réinspiration.**
    - **17.5 Administrer de l'oxygène par tente faciale.**
    - **17.6 Administrer de l'oxygène par collier (coffret) trachéal.**

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

18. **Dans le cas d'une personne dont c'est le premier traitement, rester à son chevet quelques minutes.**
19. Réinstaller la personne dans le lit.
20. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
21. Procéder à l'hygiène des mains.
22. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
23. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.
24. **Réévaluer l'état respiratoire de la personne de 15 à 30 minutes après le début du traitement.**
25. **Aviser le médecin si la personne présente une SpO_2 inférieure à la valeur minimale visée.**
26. **Vérifier le système complet d'administration de l'O_2 en place toutes les quatre heures.**
27. **Nettoyer, au besoin, la lunette nasale, le masque, la tente faciale, le collier trachéal, les adaptateurs et le tube annelé.**
28. **Vérifier toutes les quatre heures si le débit d'O_2 correspond à l'ordonnance médicale.**

SITUATION CLINIQUE

YVON GERVAIS, 75 ans, est atteint d'une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). Il est hospitalisé pour une surinfection bronchique. Il tousse beaucoup, et ses sécrétions sont épaisses. Il reçoit actuellement de l'oxygène par lunette nasale à 4 L/min. L'ordonnance médicale précise de maintenir une SpO_2 de 88 à 92 %. Vous prenez la saturation de monsieur Gervais et vous obtenez 87 %.

Notions de base

L'oxygénothérapie sert à répondre aux besoins en oxygène (O_2) d'une personne dont les résultats des analyses de laboratoire (gaz artériel ou veineux sanguin) ou de saturation pulsée en oxygène (SpO_2) indiquent une oxygénation déficiente. Compte tenu du fait que l'oxygène peut alimenter et aggraver une combustion, l'oxygénothérapie requiert certaines précautions quant au risque de feu, dont l'interdiction de fumer ou d'utiliser des substances volatiles (dissolvant pour vernis à ongles, fixatif à cheveux, solvants, etc.) ou des tissus produisant de l'électricité statique dans la même pièce.

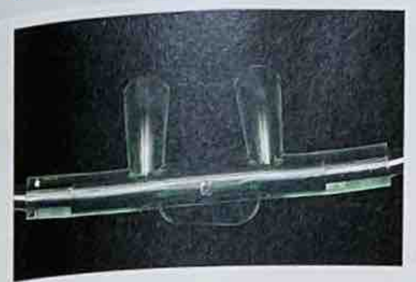
Lorsqu'il est humidifié, l'oxygène administré à la personne prévient le dessèchement des muqueuses et favorise la liquéfaction des sécrétions.

Matériel

- Dispositif d'oxygénothérapie (*voir page suivante*)
- Bouteille d'eau stérile et adaptateur ❶
- Débitmètre d'oxygène ❷
- Tubulure de rallonge ❸
- Lubrifiant hydrosoluble, au besoin ❹



Principaux dispositifs d'oxygénothérapie



Lunette nasale

- Concentration d'O_2 maximale de 40 % ou 5 L/min.
- Risque de dessèchement des muqueuses nasales si le taux dépasse 5 L/min.
- Risque de lésion de la peau aux narines et aux oreilles.
- Se déplace facilement.
- Peut être laissé en place pendant les repas.



Nébuliseur à large volume

- Utilisé avec un régulateur de style Venturi et une bouteille d'eau stérile.
- Concentration d'O_2 variant de 28 à 98 %.
- Administration d'un taux élevé d'humidité.
- À retirer pendant les repas.



Bouteille d'eau stérile avec adaptateur de style Venturi

- Concentration d'O_2 de 28 à 98 %.
- Administration d'un taux d'humidité supérieur à 50 %.
- Ne pas utiliser avec les lunettes nasales.
- À utiliser chez l'adulte si le débit d'O_2 est supérieur à 4 L/min.
- Peut s'utiliser en tout temps chez l'enfant.



Masque à entraînement d'air Venturi

- Concentration d'O_2 précise pouvant être réglée de 24 à 50 % selon l'embout choisi.
- Nombre de L/min de l'oxygène mural réglé selon la bague précalibrée choisie.
- À retirer pendant les repas.



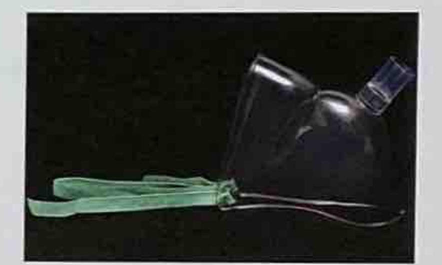
Masque à réinspiration partielle ou sans réinspiration

À réinspiration partielle :

- Concentration d'O_2 variant de 60 à 80 %.
- Réglage du débit entre 10 et 15 L/min.
- À retirer pendant les repas.

Sans réinspiration :

- Concentration d'O_2 variant de 80 à 95 %.
- Réglage du débit entre 10 et 15 L/min.



Tente faciale

- Concentration d'O_2 imprécise pouvant varier de 28 à 98 %.
- Administration d'un taux élevé d'humidité, car toujours adapté à une bouteille d'eau stérile.
- Souvent utilisé en combinaison avec la lunette nasale dans le but d'humidifier l'air ambiant.
- Peut servir de substitut au masque. Se déplace facilement.



Collier (coffret) trachéal

- Utilisé avec un nébuliseur à large volume avec adaptateur de style Venturi et une bouteille d'eau stérile.
- Concentration d'O_2 variant de 28 à 98 %.
- Administration d'un taux élevé d'humidité.
- Risque d'écoulement de l'eau de condensation du tube annelé vers la trachéostomie.
- Risque d'infection au site de la trachéostomie par les sécrétions accumulées dans le masque.

Étapes préexécutoires	Justifications
1 à **10** Effectuer les étapes **A** à **J** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
11 **Vérifier les résultats antérieurs de la SpO_2** inscrits au dossier de la personne.	Pour les comparer avec les nouveaux résultats et constater, le cas échéant, une modification de l'état de santé de la personne.
ÉVALUATION	
12 **Évaluer les facteurs pouvant influer sur le fonctionnement des voies respiratoires,** notamment :	
• la présence de déshydratation ;	Car la déshydratation provoque l'épaississement des sécrétions.
• l'humidité ambiante ;	Car un environnement humide aide à liquéfier les sécrétions, ce qui facilite leur expulsion, alors qu'un environnement sec provoque l'épaississement des sécrétions, rendant leur expulsion plus difficile.
• l'infection ;	Car l'infection provoque l'épaississement des sécrétions, les rendant plus difficiles à expulser.
• l'altération des structures anatomiques.	Car l'altération des structures anatomiques (p. ex. une cloison nasale déviée, une fracture des os du visage, une tumeur compressive) peut perturber l'élimination naturelle des sécrétions.
ÉVALUATION 	
13 **Procéder à l'examen physique respiratoire de la personne** dans le but de déceler :	
• toute manifestation clinique associée à l'hypoxie : tachypnée, agitation, somnolence, teint grisâtre, tirage sous-costal et sous-sternal, utilisation des muscles accessoires, accompagnés ou non de cyanose des lèvres, des extrémités ou des lobes d'oreilles ;	Car une hypoxie non traitée peut entraîner des arythmies cardiaques parfois mortelles.
• des signes d'hypercapnie : céphalées, somnolence ;	Car l'hypercapnie entraîne une élévation de la fréquence et de l'amplitude respiratoires.
• toute manifestation clinique d'une obstruction des voies respiratoires supérieures ou inférieures : bruits audibles à l'oreille ou à l'auscultation, sécrétions nasales ou buccales importantes.	Car les sécrétions présentes dans les voies respiratoires diminuent l'efficacité des échanges gazeux.
14 **Mesurer la SpO_2 de la personne.**	Pour vérifier son besoin d'oxygénation.

Étapes exécutoires	Justifications
15 **Fixer le débitmètre à la source d'O_2 murale.**	Afin de régler le nombre de litres d'O_2.
16 **Si une bouteille d'eau stérile est nécessaire, la fixer au débitmètre avec un adaptateur ou un nébuliseur à large volume avec adaptateur de style Venturi.**	



N'OUBLIEZ PAS 

La bouteille d'eau stérile est optionnelle pour la lunette nasale, le masque à réinspiration partielle et le masque à entraînement d'air (Venturi). Cependant, pour des débits de 4 L/min ou plus, il est recommandé d'ajouter de l'humidité afin d'éviter l'assèchement des muqueuses.

Étapes exécutoires	Justifications
17 **Administrer de l'oxygène** selon le dispositif privilégié. **17.1** Administrer de l'oxygène par lunette nasale. **17.2** Administrer de l'oxygène par nébuliseur à large volume avec bouteille d'eau stérile et adaptateur de style Venturi. **17.3** Administrer de l'oxygène par masque à entraînement d'air Venturi. **17.4** Administrer de l'oxygène par masque à réinspiration partielle ou sans réinspiration. **17.5** Administrer de l'oxygène par tente faciale. **17.6** Administrer de l'oxygène par collier (coffret) trachéal.	

ALERTE CLINIQUE

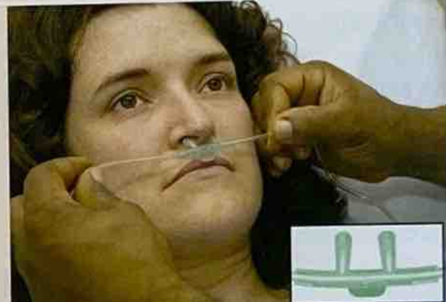
Activation du débitmètre

Il faut toujours ouvrir le débitmètre avant d'installer l'oxygène à la personne afin d'éviter une expulsion trop rapide et incontrôlée de l'oxygène, ce qui pourrait causer des lésions aux muqueuses.

SITUATION CLINIQUE

Vous devez remplacer la lunette nasale de monsieur Gervais par un autre dispositif d'administration d'oxygène afin de maintenir une SpO_2 à une valeur de 88 à 92 %. Lequel allez-vous privilégier ? Justifiez votre réponse.

17.1 **Administrer de l'oxygène par lunette nasale.**

Étapes exécutoires		Justifications
17.1.1 Relier l'une des extrémités du tube d'O_2 à la lunette nasale et l'autre à l'adaptateur du débitmètre. Au besoin, ajouter une tubulure de rallonge.		Une rallonge permet à la personne de se déplacer du lit au fauteuil sans exercer de traction sur la lunette nasale.
17.1.2 Régler le débitmètre selon le nombre de litres d'O_2 prescrit par minute. Pour ce faire, centrer la bille vis-à-vis de la ligne correspondant au débit prescrit.		Afin d'administrer la quantité d'O_2 prescrite.
17.1.3 S'assurer que les narines de la personne sont libres de sécrétions. Au besoin, lui demander de se moucher.		Car la présence de sécrétions diminue le passage de l'O_2 dans les voies respiratoires.
17.1.4 Insérer chacune des branches de la lunette nasale dans les narines de la personne, la courbure orientée vers le bas (vers l'intérieur du nez).		Si l'orientation est faite vers le haut (vers l'extérieur du nez), la lunette nasale sera obstruée par la paroi des narines et ne sera pas efficace.
17.1.5 Passer la tubulure autour des oreilles de la personne, la ramener sous le maxillaire inférieur et la stabiliser au moyen de la bague d'ajustement. Passer à l'étape ⓲.		L'ajustement prévient les fuites d'O_2, assure une meilleure distribution et évite le risque de strangulation.

N'OUBLIEZ PAS 

Il faut surveiller l'intégrité de la peau des oreilles, des joues et des narines chez les personnes dont la peau est fragile et qui utilisent une lunette nasale pendant de longues périodes. L'infirmière peut appliquer un lubrifiant hydrosoluble à titre curatif ou préventif.

Étapes exécutoires	Justifications
17.2 Administrer de l'oxygène par nébuliseur à large volume avec bouteille d'eau stérile et adaptateur de style Venturi.	
17.2.1 Relier l'une des extrémités du tube annelé au masque et l'autre à la bouteille d'eau.	Pour permettre le raccordement à la source d'O_2 murale.
17.2.2 Régler l'adaptateur de style Venturi selon le pourcentage de concentration prescrit, et le débitmètre selon le nombre de litres d'O_2 par minute associé (entre 5 et 10 L/min). Pour ce faire, centrer la bille vis-à-vis de la ligne correspondant au débit prescrit. 	Car l'adaptateur de style Venturi précise le nombre de litres d'O_2 à administrer selon le pourcentage d'O_2 sélectionné.
17.2.3 Placer le nébuliseur à large volume sur le visage de la personne en lui couvrant d'abord le nez, puis la bouche. Ajuster le nébuliseur à l'aide du pince-nez et glisser l'élastique derrière la tête. 	Pour éviter que l'O_2 s'échappe et assurer l'administration du pourcentage d'O_2 prescrit.
N'OUBLIEZ PAS  Seules les concentrations d'oxygène de 28 à 40 % ont un débit final (total) suffisant pour l'adulte. Ce type de dispositif est indiqué pour des personnes dont la situation nécessite un supplément d'oxygène et d'humidité.	
17.2.4 S'assurer que le tube annelé n'est ni coudé ni obstrué. Passer à l'étape 18.	Pour ne pas nuire à l'administration de l'O_2.
N'OUBLIEZ PAS  Afin de réduire le risque de propagation d'agents pathogènes dans l'environnement, il est important de drainer régulièrement l'eau qui se dépose par condensation dans le tube annelé.	
17.3 Administrer de l'oxygène par masque à entraînement d'air Venturi.	
17.3.1 Relier l'extrémité du petit tube annelé au masque.	Pour fixer le régulateur au masque, par le tube.

Étapes exécutoires	Justifications

17.3.2 Choisir la bague pré-calibrée de couleur selon la concentration d'O_2 prescrite (*voir le tableau ci-dessous*) et la fixer au petit tube annelé.

Laisser les autres bagues précalibrées au chevet de la personne.



Justification : Car les autres bagues précalibrées pourront être utilisées ultérieurement advenant un changement de l'ordonnance.

Chaque bague de couleur possède un orifice de taille différente qui permet un apport plus ou moins élevé d'O_2.

Couleur	Débit	Concentration d'O_2
Ces informations sont inscrites sur chaque régulateur associé.		
Bleu	4 L/min	24 %
Jaune	4 L/min	28 %
Blanc	6 L/min	31 %
Vert	8 L/min	35 %
Rose	8 L/min	40 %
Orange	12 L/min	50 %

ALERTE CLINIQUE

Ouvertures autour de la bague précalibrée

Ne jamais obstruer les ouvertures autour de la bague précalibrée, car cela occasionne un arrêt de l'entraînement d'air et rend la personne très inconfortable.

17.3.3 Relier l'une des extrémités du tube d'O_2 à l'adaptateur Venturi et l'autre au débitmètre.



Justification : Pour permettre le raccordement à la source d'O_2 murale.

17.3.4 Placer le masque sur le visage de la personne en lui couvrant d'abord le nez, puis la bouche.

Ajuster le masque à l'aide du pince-nez et glisser l'élastique derrière la tête.

Passer à l'étape 18.

Justification : Pour éviter que l'O_2 s'échappe et assurer l'administration du pourcentage d'O_2 prescrit.

17.4 Administrer de l'oxygène par masque à réinspiration partielle ou sans réinspiration.

17.4.1 Relier l'une des extrémités du tube d'O_2 au masque et l'autre au débitmètre.

Justification : Pour permettre le raccordement à la source d'O_2 murale.

Étapes exécutoires	Justifications
17.4.2 Régler le débitmètre entre 10 et 15 L/min afin d'éviter le collapsus du réservoir d'oxygène à la fin de l'inspiration. Pour ce faire, centrer la bille vis-à-vis de la ligne correspondant au débit voulu.	Car la concentration d'O_2 administré varie selon la fréquence respiratoire (F.R.) et le volume pulmonaire de la personne (de 60 à 80 % pour le masque à réinspiration partielle ; de 80 à 95 % pour le masque sans réinspiration).
17.4.3 Placer le masque sur le visage de la personne en lui couvrant d'abord le nez, puis la bouche. Ajuster le masque à l'aide du pince-nez et glisser l'élastique derrière la tête. S'assurer que le sac-réservoir n'est pas collabé avant son installation sur le visage de la personne. 	Pour éviter que l'O_2 s'échappe et assurer l'administration du pourcentage d'O_2 prescrit.
En présence d'un système sans réinspiration, s'assurer que le sac-réservoir et la valve unidirectionnelle sont alignés avec le masque. Passer à l'étape 18.	La valve unidirectionnelle permet le passage de l'air lorsque la personne inhale, mais empêche l'air expiré de retourner dans le sac-réservoir.
17.5 Administrer de l'oxygène par tente faciale.	
17.5.1 Relier l'une des extrémités du tube annelé à la tente faciale et l'autre à la bouteille d'eau.	Pour permettre le raccordement à la source d'O_2 murale.
17.5.2 Régler l'adaptateur de style Venturi selon le pourcentage de concentration prescrit, et le débitmètre selon le nombre de litres d'O_2 par minute associé (entre 5 et 10 L/min). Pour ce faire, centrer la bille vis-à-vis de la ligne correspondant au débit prescrit.	Car l'adaptateur de style Venturi précise le nombre de litres d'O_2 à administrer selon le pourcentage d'O_2 sélectionné.

N'OUBLIEZ PAS 

La concentration d'O_2 administré par tente faciale est imprécise, compte tenu du fait que celle-ci offre une surface d'ouverture importante. La tente faciale est cependant très efficace pour l'administration d'humidité.

Étapes exécutoires	Justifications
17.5.3 Placer la protubérance de la tente faciale vis-à-vis du menton de la personne et glisser l'élastique derrière sa tête. 	Pour assurer une meilleure distribution de l'O_2 humidifié et une précision optimale d'administration du pourcentage d'O_2 que requiert l'état de la personne.

Étapes exécutoires	Justifications
17.5.4 S'assurer que le tube annelé n'est ni coudé ni obstrué. Passer à l'étape **18**.	Pour ne pas nuire à l'administration de l'O_2.
17.6 Administrer de l'oxygène par collier (coffret) trachéal.	
17.6.1 Relier l'une des extrémités du tube annelé au masque trachéal et l'autre à la bouteille d'eau.	Pour permettre le raccordement à la source d'O_2 murale.
17.6.2 Régler l'adaptateur de style Venturi selon le pourcentage de concentration prescrit, et le débitmètre selon le nombre de litres d'O_2 par minute associé (entre 5 et 10 L/min). Pour ce faire, centrer la bille vis-à-vis de la ligne correspondant au débit prescrit.	Car l'adaptateur de style Venturi précise le nombre de litres d'O_2 à administrer selon le pourcentage d'O_2 sélectionné.
17.6.3 Placer délicatement le masque trachéal vis-à-vis de la trachéostomie de la personne, faire passer l'attache élastique derrière sa tête et clipper le bouton pression de l'autre côté du collier. 	Pour assurer la distribution de l'O_2 humidifié directement dans la trachéostomie.
17.6.4 Ajuster l'attache élastique en s'assurant que le masque trachéal est bien aligné avec la trachéostomie et qu'il n'exerce aucune pression sur celle-ci. 	Afin de maintenir le collier vis-à-vis de la trachéostomie et d'éviter une fuite d'O_2.
17.6.5 Vérifier que le tube annelé n'est pas coudé ni obstrué et que le masque trachéal n'est pas obstrué par les draps, les vêtements ou autre chose.	Pour ne pas nuire à l'humidification et à l'administration de l'O_2.

Étapes postexécutoires	Justifications
18 **Dans le cas d'une personne dont c'est le premier traitement, rester à son chevet quelques minutes.**	Afin de la rassurer au besoin.
19 à **23** Effectuer les étapes **A** à **E** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
ÉVALUATION	
24 **Réévaluer l'état respiratoire de la personne de 15 à 30 minutes après le début du traitement.**	Afin d'assurer le suivi clinique de l'état respiratoire de la personne et de constater l'effet thérapeutique du traitement.

Étapes postexécutoires	Justifications
25 **Aviser le médecin si la personne présente une SpO_2 inférieure à la valeur minimale visée.**	À moins d'avis contraire, la SpO_2 d'une personne recevant de l'oxygène devrait être maintenue à une valeur de 92 à 98 %.
26 **Vérifier le système complet d'administration de l'O_2 en place toutes les quatre heures :** • mise en place correcte de la lunette nasale, du masque, de la tente faciale ou du collier trachéal ; • présence d'eau de condensation dans le tube annelé – le cas échéant, vider le tube ; • quantité d'eau restante dans la bouteille. **N'OUBLIEZ PAS !** La bouteille doit être changée dès qu'il reste moins de 4 cm d'eau à l'intérieur. Il est important de toujours fermer le débitmètre à oxygène au moment de changer la bouteille afin d'éviter la propagation d'oxygène dans l'air ambiant.	Pour s'assurer du bon fonctionnement du système.
27 **Nettoyer, au besoin, la lunette nasale, le masque, la tente faciale, le collier trachéal, les adaptateurs et le tube annelé ;** les changer selon le protocole en vigueur dans l'établissement.	Pour les garder exempts de sécrétions. Dans le but de réduire le risque de prolifération bactérienne et d'infection.
28 **Vérifier toutes les quatre heures si le débit d'O_2 correspond à l'ordonnance médicale.**	Pour assurer le respect du débit prescrit.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure de l'exécution de l'oxygénothérapie.
- Le pourcentage de concentration d'oxygène administré.
- L'évaluation de l'état respiratoire de la personne.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- Toute autre donnée relative à la fonction d'oxygénation (coloration des téguments, température des extrémités, saturométrie et autres).
- Toute complication survenue à la suite de l'aspiration (p. ex. SpO_2 < 90 % sans amélioration, dyspnée importante). **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Yvon Gervais **Dossier 998113**

2021-05-16	19:00	SpO_2 87 % c̄ LN à 4 L/min, F.R. 26/min, dyspnée au repos à 3/10. LN changée pour masque à entraînement d'air c̄ régulateur Venturi à 31 % à 6 L/min. Installé en Fowler haute et encouragé à utiliser respiration diaphragmatique.
2021-05-16	19:10	SpO_2 ↑ à 92 % et F.R. ↓ à 22/min, dyspnée au repos ↓ 1/10. Didier Samba, inf.



Exercices respiratoires et physiques

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer le maintien d'un environnement propre.
9. Assurer l'intimité de la personne.
10. Régler la hauteur du lit.

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

11. **Évaluer les facteurs pouvant influer sur le fonctionnement des voies respiratoires.**
12. **Évaluer la capacité de la personne à prendre des inspirations profondes et à tousser.**
13. **Évaluer la circulation veineuse dans les membres inférieurs.**
14. **Évaluer la capacité de la personne à se déplacer seule.**
15. **Expliquer à la personne l'importance des exercices respiratoires et physiques.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

16. **Enseigner les exercices respiratoires et physiques à la personne.**
    - 16.1 **Enseigner la respiration abdominale ou diaphragmatique.**
    - 16.2 **Enseigner la spirométrie incitative.**
    - 16.3 **Enseigner à changer de position dans le lit.**
    - 16.4 **Enseigner les exercices des membres inférieurs.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

17. **Évaluer le degré de compréhension de la personne et sa capacité à respecter les consignes.**
18. Réinstaller la personne dans le lit.
19. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
20. Procéder à l'hygiène des mains.
21. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
22. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

SITUATION CLINIQUE

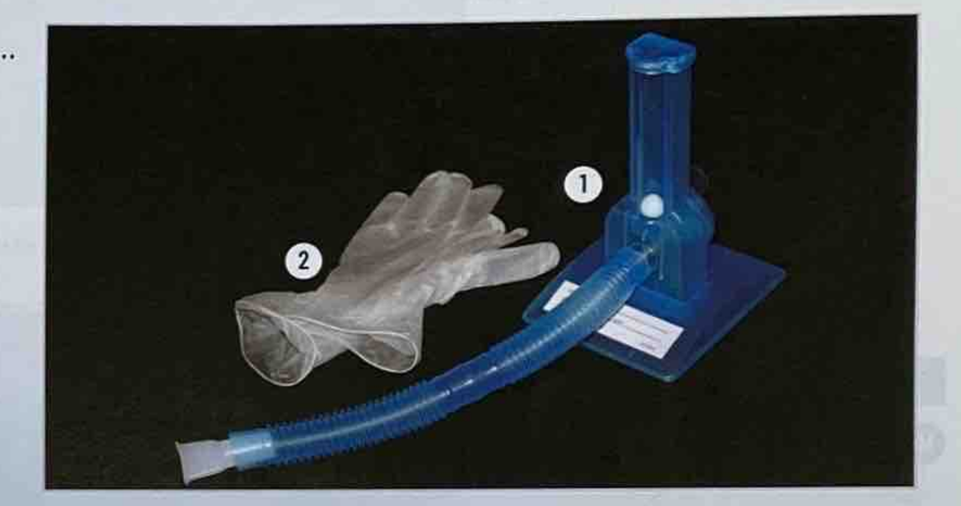
ROBERT ASSELIN, 76 ans, a subi une intervention chirurgicale pour un remplacement de prothèse de la hanche gauche.

Notions de base

L'enseignement d'exercices respiratoires et physiques contribue à prévenir l'apparition de complications postopératoires telles l'atélectasie et la thrombophlébite, et il permet à la personne de recouvrer son expansion pulmonaire antérieure. L'infirmière doit évaluer correctement la capacité de la personne à comprendre l'enseignement et adapter les exercices à son état de santé. En période postopératoire, elle doit veiller à ce que la personne exécute les exercices.

Matériel

- Spiromètre 1
- Gants non stériles 2



Étapes préexécutoires	Justifications
à 10 Effectuer les étapes A à J présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
 ÉVALUATION **Évaluer les facteurs pouvant influer sur le fonctionnement des voies respiratoires,** notamment : • la présence de déshydratation ; • l'humidité ambiante ; • une maladie pulmonaire chronique ; • le tabagisme actif ; • l'altération des structures anatomiques.	Car une anesthésie générale réduit l'expansion pulmonaire et supprime le réflexe de toux, ce qui favorise la présence d'atélectasie et l'accumulation de mucus dans les voies respiratoires.
ÉVALUATION  **Évaluer la capacité de la personne à prendre des inspirations profondes et à tousser.** Observer les mouvements de sa cage thoracique afin d'évaluer l'amplitude respiratoire.	Pour déterminer le potentiel respiratoire de la personne.

Étapes préexécutoires	Justifications
  ÉVALUATION	
13 Évaluer la circulation veineuse dans les membres inférieurs. Prendre en considération les facteurs de risque favorisant le développement d'une thrombophlébite en période postopératoire, comme un trouble d'hypercoagulation ou un traumatisme veineux. Vérifier s'il y a induration, œdème, rougeur localisée, douleur aux mollets, stase veineuse ou signes d'hypercoagulabilité.	Car le ralentissement de la circulation sanguine, par suite d'une anesthésie générale, favorise la formation de caillots.
ALERTE CLINIQUE **Personnes à risque quant aux membres inférieurs** En présence de problèmes circulatoires dans les membres inférieurs, l'infirmière doit recommander à la personne : • d'éviter les activités favorisant la stase veineuse (p. ex. croiser les jambes ou placer des oreillers sous les genoux pour surélever les jambes); • d'élever les jambes afin d'améliorer le retour veineux lorsque cela est possible (toutefois, la personne qui souffre d'un problème artériel ne tolérera pas la position jambes élevées et ne supportera la position allongée que pour de courtes périodes, car ses jambes sont moins douloureuses en position déclive); • de ne jamais se masser les jambes.	
ÉVALUATION	
14 Évaluer la capacité de la personne à se déplacer seule.	Afin de planifier l'aide nécessaire à sa mobilisation.
15 Expliquer à la personne l'importance des exercices respiratoires et physiques en période postopératoire.	Afin de favoriser son implication et son intérêt à les effectuer.

Étapes exécutoires	Justifications
16 Enseigner les exercices respiratoires et physiques à la personne. **16.1** Enseigner la respiration abdominale ou diaphragmatique. **16.2** Enseigner la spirométrie incitative. **16.3** Enseigner à changer de position dans le lit. **16.4** Enseigner les exercices des membres inférieurs.	
16.1 Enseigner la respiration abdominale ou diaphragmatique.	
16.1.1 Aider la personne à prendre une position adaptée et confortable, de préférence assise au bord du lit ou dans un fauteuil. L'exercice peut aussi être fait en position Fowler, de décubitus dorsal ou debout.	Car la position assise favorise l'expansion diaphragmatique.

Étapes exécutoires	Justifications
16.1.2 Se placer face à la personne ou à côté de celle-ci, devant un miroir.	Pour favoriser la visibilité de la personne pendant que l'infirmière fait l'exercice.
16.1.3 Demander à la personne de placer ses mains sur son abdomen au niveau de la région périombilicale et d'entrecroiser légèrement les doigts. 	Afin qu'elle puisse sentir les mouvements de sa cage thoracique et de son abdomen.
16.1.4 Demander à la personne d'inspirer lentement et profondément par le nez en fermant la bouche. La personne doit sentir son abdomen se soulever et ses doigts se séparer légèrement durant l'inspiration. 	Afin de prévenir l'hyperventilation, ainsi que de réchauffer, d'humidifier et de filtrer l'air.
16.1.5 Rappeler à la personne qu'elle ne doit pas soulever les épaules ni gonfler le thorax à l'inspiration.	Afin de limiter la dépense d'énergie.
16.1.6 Demander à la personne de retenir sa respiration en comptant jusqu'à trois, puis d'expirer lentement par la bouche jusqu'à ce que l'air soit entièrement expulsé. 	Afin d'expulser graduellement l'air et d'augmenter la pression de l'air dans les bronches.
16.1.7 Demander à la personne de respirer normalement pour deux ou trois respirations, puis de répéter une respiration profonde, pour un total de cinq respirations profondes. Elle peut répéter l'exercice jusqu'à deux fois. Passer à l'étape 17.	Afin de prévenir les complications pulmonaires telles que l'atélectasie et la pneumonie.

N'OUBLIEZ PAS 

La respiration diaphragmatique est exigeante et peut fatiguer la personne. Il est important que l'infirmière insiste sur ce fait pour que la personne soit attentive à :

- la présence d'étourdissements ;
- un essoufflement inhabituel ;
- une toux productive ;
- une grande fatigue.

Elle doit alors cesser l'exercice et se reposer.

L'infirmière doit apprendre à la personne à gérer ses exercices en fonction de son énergie.

Étapes exécutoires	Justifications
16.2 Enseigner la spirométrie incitative.	Pour favoriser la dilatation des alvéoles affaissées lors de l'anesthésie et améliorer les échanges gazeux.



16.2.1 Procéder à l'auscultation pulmonaire.	Afin de détecter les bruits adventices ou la diminution des murmures vésiculaires.

SITUATION CLINIQUE

Lors de l'auscultation pulmonaire de monsieur Asselin, vous remarquez une diminution des murmures vésiculaires (MV) aux bases des poumons, plus marquée du côté droit.

a) Que pouvez-vous conclure ?

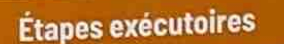
b) Que pouvez-vous expliquer et recommander à monsieur Asselin ?

16.2.2 Aider la personne à prendre une position adaptée et confortable : assise au bord du lit ou dans un fauteuil, en position Fowler ou semi-Fowler.	Pour favoriser l'expansion pulmonaire.
16.2.3 Demander à la personne de tenir le spiromètre en position verticale.	Afin d'optimiser son fonctionnement.
16.2.4 Régler l'appareil selon la capacité respiratoire de la personne, en débutant par le niveau le plus faible et en augmentant progressivement jusqu'à ce que la personne fournisse un effort pour maintenir la boule dans le haut.	Afin d'optimiser chaque inspiration.
16.2.5 Demander à la personne d'expirer normalement, puis de porter l'embout buccal à sa bouche en l'entourant avec ses lèvres. 	Pour éviter les fuites d'air.
16.2.6 Demander à la personne d'inspirer lentement et profondément afin que la boule dans le cylindre monte jusqu'en haut, de maintenir la boule en position pendant au moins deux secondes avant de retirer l'embout et d'expirer lentement.  Avec le temps, la personne devra réussir à retenir sa respiration pendant trois secondes. Lorsque c'est facile pour elle, augmenter la résistance du spiromètre.	Pour favoriser l'expansion pulmonaire et l'ouverture des alvéoles.

Étapes exécutoires	Justifications
16.2.7 Si la personne a des sécrétions, lui demander de les expectorer.	Afin de libérer ses voies respiratoires.
ALERTE CLINIQUE **Contre-indication de la toux** La toux est contre-indiquée en période postopératoire chez les personnes qui ont subi une chirurgie au cerveau, à la moelle épinière, à la tête ou aux yeux, car elle peut provoquer une augmentation de la pression intracrânienne.	
ÉVALUATION **16.2.8** Procéder à l'auscultation pulmonaire pour vérifier si les exercices ont permis d'améliorer la fonction respiratoire de la personne.	Afin de suivre l'évolution de la fonction respiratoire de la personne.
SITUATION CLINIQUE Lors de l'auscultation pulmonaire de monsieur Asselin, vous constatez que la diminution des MV aux bases des poumons est toujours présente, mais sans différence notable entre le côté gauche et le droit. Que pouvez-vous conclure ?	
16.2.9 Demander à la personne de refaire le même exercice chaque heure (4 ou 5 inspirations chaque fois) sans dépasser 10 à 12 inspirations par heure. Retirer l'embout buccal et le rincer entre chaque séance d'exercices. Passer à l'étape 17.	
16.3 Enseigner à changer de position dans le lit.	
16.3.1 Vérifier s'il y a des contre-indications à ce que la personne se déplace d'un côté ou de l'autre.	Afin de prévenir les complications, le cas échéant.
16.3.2 Baisser la tête du lit au niveau le plus bas toléré par la personne. Lever les ridelles afin que la personne puisse y prendre appui lors des changements de position.	Pour faciliter la mobilisation. Pour prévenir les chutes pendant les exercices.
16.3.3 Demander à la personne de déplacer ses pieds vers le bord du lit opposé au côté du déplacement latéral prévu et de plier les genoux, si son état le lui permet. Puis, lui demander de soulever les fesses et de déplacer son corps du même côté que ses pieds.	Pour faciliter le déplacement en position latérale.

Étapes exécutoires	Justifications
N'OUBLIEZ PAS  Si la personne a subi une chirurgie abdominale ou sternale, lui demander d'utiliser son coussin, aussi appelé bébé (serviette roulée ou petit oreiller), en pressant celui-ci sur le site de l'incision. Le but est de maintenir la plaie immobile pendant le déplacement pour diminuer la douleur et maintenir les sutures en place. Si la personne a subi une chirurgie vasculaire aux membres inférieurs, elle aura besoin d'aide pour se tourner de la position latérale droite à la position latérale gauche, et vice-versa.	
16.3.4 Pour se tourner vers la droite, la personne doit étendre la jambe droite et garder la jambe gauche pliée, et inversement pour se tourner vers la gauche. 	Ainsi, la jambe étendue stabilise la position de la personne, et celle qui est fléchie sert de levier.
16.3.5 Demander à la personne de saisir la ridelle du côté du lit vers lequel elle veut se tourner avec la main opposée et de tirer sur la ridelle en poussant avec le pied du genou fléchi pour rouler. 	Afin de fournir moins d'effort pour se tourner sur le côté.
16.3.6 Recommander à la personne de changer de position toutes les deux heures. Passer à l'étape 17.	Pour diminuer le risque de complications vasculaires et pulmonaires.
16.4 Enseigner les exercices des membres inférieurs.	
16.4.1 Aider la personne à s'installer en position de décubitus dorsal.	Pour favoriser des exercices efficaces.
16.4.2 Mettre des gants non stériles. **N'OUBLIEZ PAS**  Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.	Pour se protéger des liquides biologiques de la personne, le cas échéant, et pour éviter la transmission d'agents pathogènes.

Étapes exécutoires	Justifications
16.4.3 Placer une main sur un pied de la personne et lui faire exécuter des mouvements de rotation de la cheville. Répéter la rotation quatre ou cinq fois par cheville. 	Pour favoriser la mobilité de l'articulation de la cheville et le retour veineux.
16.4.4 Demander à la personne d'étirer un pied vers le pied du lit (flexion plantaire), puis de le ramener vers elle (dorsiflexion), de façon à sentir l'étirement de ses muscles. Lui faire répéter le mouvement quatre ou cinq fois par pied.  	Pour favoriser la mobilité de l'articulation de la cheville et le retour veineux.
16.4.5 Demander à la personne d'exercer ses quadriceps en les contractant un à la fois et en poussant le genou vers le matelas. Lui faire répéter le mouvement quatre ou cinq fois par jambe.  	Pour favoriser la mobilité de l'articulation du genou et le retour veineux.
16.4.6 Demander à la personne de lever chacune des jambes alternativement et d'effectuer des mouvements de pédalage. Lui faire faire quatre ou cinq mouvements par jambe. 	Pour stimuler la contraction des quadriceps et favoriser leur relaxation.



Étapes exécutoires	Justifications
Alerte clinique – **Douleur au moment des exercices**: Si la personne éprouve de la douleur au moment des exercices, elle doit en informer rapidement l'infirmière. Celle-ci pourra évaluer la présence, ou non, de signes de thrombophlébite et aviser le médecin, le cas échéant.	
16.4.7 Retirer les gants et les jeter à la poubelle.	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.



Étapes postexécutoires	Justifications
ÉVALUATION	
17 **Évaluer le degré de compréhension de la personne et sa capacité à respecter les consignes** en la supervisant au moment d'une première application des exercices enseignés.	Afin que la personne puisse les exécuter correctement par elle-même.
18 à **22** Effectuer les étapes **A** à **E** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	



ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure de l'enseignement.
- Les exercices enseignés.
- La réaction de la personne et sa collaboration.

NOTES D'ÉVOLUTION

Robert Asselin **Dossier 159753**

2021-07-04 09:45 Ausc. pulm. : ↓ MV aux bases D > G. Enseignement fait, spiromètre ajusté et expliqué. Fait 5 inspi OK. Auscult. post : amélioration MV, encouragé par résultats. ——— Sylvie Trottier, inf.

SECTION 7

Fonction digestive

RÉDACTION : **Vitalie Perreault**, inf., M. Sc.
RÉVISION SCIENTIFIQUE : **Wendy Camacho**, inf., B. Sc.

Guide d'étude

J'optimise mes apprentissages en effectuant les activités proposées au chapitre 14, p. 55 à 59, au chapitre 15, p. 60 à 64, et au chapitre 27, p. 111 à 116.



Manuel

Chapitre 14 – Alimentation, p. 398
Chapitre 15 – Équilibre hydro-électrolytique et acidobasique, p. 446
Chapitre 27 – Administration des médicaments, p. 878



Ressources en ligne

- Vidéo MS 7.1
- Grilles d'observation
- Solutionnaire – Questions liées aux situations cliniques

Information commune à la section 7

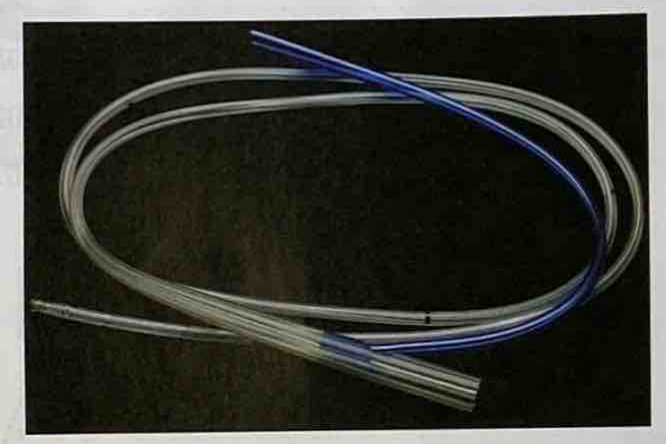
Il existe différents types de sondes prévus pour les soins liés à la fonction digestive. C'est le médecin qui, selon les besoins de la personne, décide du type de sonde à utiliser. Les principales sondes disponibles sont présentées ci-dessous.

Principales sondes disponibles



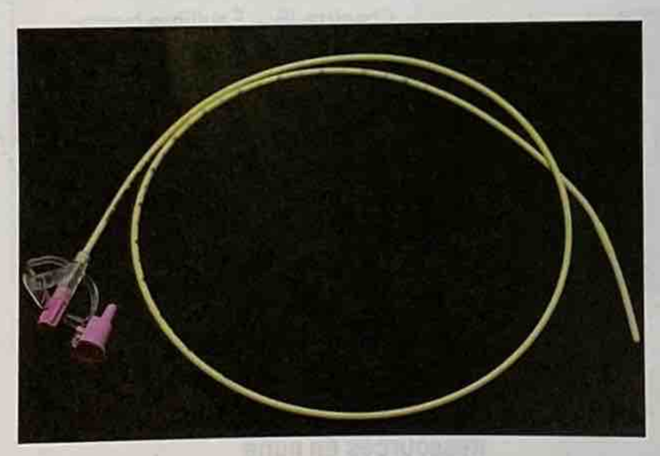
Sonde nasogastrique à une lumière

C'est le type de sonde le plus courant. Elle sert au drainage gastrique par gravité.



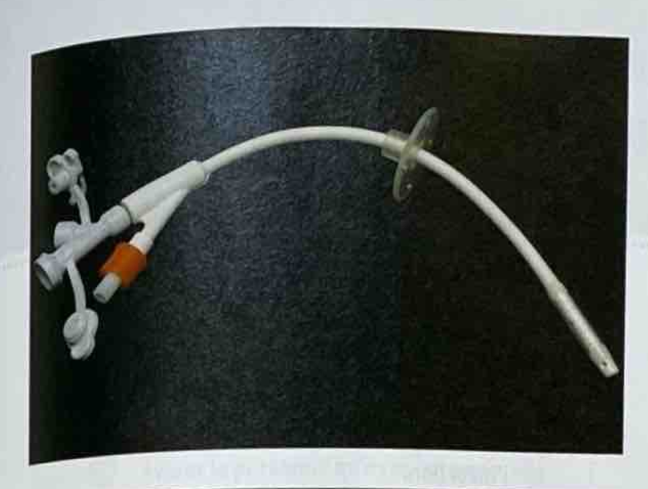
Sonde nasogastrique à deux lumières

La lumière claire permet le drainage, et la lumière bleue sert à installer une succion. Ce type de sonde peut aussi être muni d'une valve.



Sonde nasoduodénale

Ce type de sonde sert uniquement à l'alimentation. Aucun drainage gastrique n'est possible. Ce tube comporte deux embouts. L'embout principal (rose) sert à connecter le gavage, et l'embout secondaire (transparent) sert à l'administration des médicaments sans avoir à déconnecter l'alimentation en cours.



Sonde gastrique de gastrostomie
Cette sonde est insérée directement dans l'estomac. Elle permet l'alimentation par gavage au moyen de l'embout principal (plus gros) et l'administration simultanée de médicaments au moyen de l'embout secondaire (plus petit sur le côté). Cette sonde comporte aussi un accès (bague orange) pour gonfler le ballonnet à l'extrémité lors de son installation afin d'assurer que le tube demeure en place dans l'estomac et ne se déplace pas vers l'intestin.



Sonde entérique de jéjunostomie
Installée dans le duodénum, cette sonde sert uniquement à l'alimentation. Aucun drainage n'est possible. Ce tube comporte deux embouts. L'embout principal (bouchon fermé sur la photo) sert à connecter le gavage, et l'embout secondaire (bouchon ouvert sur la photo) sert à administrer les médicaments sans avoir à déconnecter l'alimentation en cours.

Notes

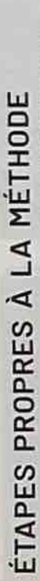


Installation d'une sonde nasogastrique ou nasoduodénale

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer le maintien d'un environnement propre.
9. Assurer l'intimité de la personne.
10. Régler la hauteur du lit.



11. **Procéder à l'examen physique abdominal de la personne.**
12. **Vérifier si la personne a une déviation de la cloison nasale.**
13. **Évaluer la capacité de la personne à collaborer et à comprendre la procédure.**
14. **Installer la personne en position Fowler ou semi-Fowler.**
15. **Placer le piqué ou la serviette sur le thorax de la personne.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

16. **Déterminer la longueur de sonde à insérer.**
17. **Préparer un morceau de ruban adhésif hypoallergénique. Ouvrir l'emballage du dispositif de fixation permanente.**
18. **Mettre des gants non stériles.**
19. **Lubrifier l'extrémité de la sonde.**
20. **Aviser la personne avant de commencer l'insertion.**
21. **Placer la main non dominante sous le cou de la personne et lui demander de basculer la tête vers l'arrière.**
22. **Insérer la sonde dans la narine choisie en longeant sa paroi interne.**
23. **Une fois le rhinopharynx traversé, interrompre temporairement l'insertion de la sonde.**
24. **Dès que la personne sent la sonde dans sa gorge, lui demander d'abaisser le menton vers son thorax.**
25. **Donner le verre d'eau à la personne et lui demander de boire un peu. Pousser la sonde d'environ 2,5 à 5 cm à chaque déglutition.**
26. **Fixer temporairement la sonde sur le nez.**
27. **Vérifier l'emplacement de la sonde.**
    - 27.1 **Vérifier si la personne est capable de parler.**
    - 27.2 **Regarder le fond de la gorge à l'aide d'un abaisse-langue et d'une lampe de poche.**
    - 27.3 **Ajointer la seringue vide à la sonde et aspirer doucement un peu de liquide.**
28. **Clamper la sonde et la raccorder au système de drainage en place.**
29. **Retirer les gants et les jeter avec le piqué dans la poubelle.**
30. **Fixer la sonde sur le nez de la personne à l'aide du dispositif de fixation.**
31. **Attacher l'extrémité de la sonde à la chemise d'hôpital de la personne.**

Installation d'une sonde nasogastrique ou nasoduodénale (*suite*)

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

32 **Maintenir la tête du lit à un angle minimal de 30°.**

33 **Aviser la personne qu'avec le temps, elle s'habituera à la présence du tube.**

34 **Inscrire au bilan des ingesta et des excreta les quantités de liquide utilisées.**

35 Réinstaller la personne dans le lit.

36 Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.

37 Procéder à l'hygiène des mains.

38 Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.

39 Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

40 **Vérifier l'intégrité du système de drainage toutes les 4 heures.**

41 **Procéder à l'examen physique respiratoire et digestif de la personne toutes les 4 à 8 heures.**

42 **Inspecter toutes les 8 heures l'état des narines et de l'oropharynx.**

43 **Effectuer les soins de la bouche toutes les 4 heures et le brossage des dents toutes les 12 heures.**

SITUATION CLINIQUE

MARIE-JOSÉE MARTIN, 40 ans, se présente aux urgences en raison de vomissements importants. Elle ne peut rien garder de ce qu'elle mange depuis deux jours. À son arrivée, le médecin prescrit l'installation d'une sonde nasogastrique.

Notions de base

Le choix du type de sonde nasogastrique ou nasoduodénale dépend du traitement prescrit. Les sondes à une et à deux lumières servent à drainer le liquide gastrique ou l'air contenu dans l'estomac pour assurer une décompression de celui-ci. Seule la sonde à deux lumières permet l'aspiration du liquide gastrique pour analyse et nécessite une ordonnance médicale. En présence de reflux, d'une chirurgie digestive ou de tout autre problème gastrique, la sonde nasoduodénale permet d'effectuer le gavage directement dans le duodénum ou la décompression de l'intestin par le drainage des liquides et des gaz. Après l'installation d'une sonde nasogastrique ou nasoduodénale, une radiographie doit être effectuée afin de valider son emplacement.

MS 7.1

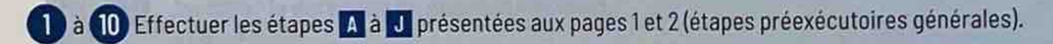
Matériel

- Appareil d'aspiration mural ou portatif et tubulure de rallonge 1
- Sonde nasogastrique ou nasoduodénale de la taille prescrite (*voir le tableau ci-dessous*) 2
- Solution d'irrigation prescrite (eau potable ou solution stérile) 3
- Nécessaire à irrigation :
  - contenant 4
  - seringue de 60 mL (enfant, de 10 à 30 mL) 5
- Mouchoirs de papier 6
- Sac de drainage 7
- Pince hémostatique 8
- Ruban adhésif hypoallergénique ou dispositif de fixation pour sonde nasogastrique ou nasoduodénale 9
- Ruban adhésif ou marqueur permanent 10
- Verre d'eau et paille 11
- Lubrifiant hydrosoluble 12
- Lampe de poche 13
- Abaisse-langue 14
- Gants non stériles 15
- Piqué jetable ou serviette 16



Sonde nasogastrique	
Enfant	de 5 à 8 Fr
Adulte	de 12 à 18 Fr
Sonde nasoduodénale	
Enfant et adulte	de 8 à 12 Fr

Note : Ce tableau est présenté à titre indicatif seulement. La taille du tube varie en fonction de la personne et de la quantité de gavage à lui administrer.



Étapes préexécutoires	Justifications
1 à 10 Effectuer les étapes A à J présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	

ÉVALUATION



Étapes	Justifications
11 Procéder à l'examen physique abdominal de la personne. Lors de l'inspection, observer et déterminer la symétrie de l'abdomen et sa forme liée à la distension. Vérifier si la personne a des nausées. Lors de l'auscultation, noter le nombre de bruits ou l'absence de bruits intestinaux en spécifiant le quadrant. Lors de la palpation superficielle ou profonde, évaluer s'il y a présence de douleur.	Car la présence de nausées, la diminution ou l'absence de bruits intestinaux ainsi que la présence de douleur sont des indicateurs d'un ralentissement ou d'un arrêt du péristaltisme, constituant une contre-indication au gavage. Les résultats de l'examen physique serviront de référence au moment de l'évaluation subséquente.

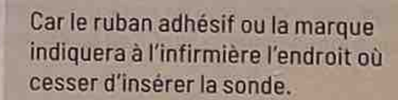


Absence de bruit intestinal

Il faut aviser rapidement le médecin si aucun bruit intestinal n'est perçu, car un iléus, une péritonite ou une obstruction intestinale complète sont des complications graves qui pourraient être la cause de ce symptôme.

Étapes préexécutoires	Justifications
ÉVALUATION	
12 **Vérifier si la personne a une déviation de la cloison nasale** (congénitale, consécutive à un traumatisme ou à une chirurgie).	Car l'insertion de la sonde sera plus difficile.
Si l'état de la personne le permet, boucher en alternance une de ses narines et lui demander de respirer par l'autre.	Afin de déterminer la narine contenant le plus d'espace pour l'insertion de la sonde. Le choix de la narine se fait en fonction de sa perméabilité à l'air et de l'état des muqueuses nasales.
ÉVALUATION	
13 **Évaluer la capacité de la personne à collaborer et à comprendre la procédure.** Au besoin, demander l'aide d'une autre intervenante.	Car l'insertion de la sonde se fait plus aisément si la personne comprend la procédure et si elle peut suivre les directives données.
14 **Installer la personne en position Fowler ou semi-Fowler** avec un oreiller sous sa tête. Si cela est impossible, l'installer en position de décubitus latéral droit.	Car une inclinaison de 30° correspond à l'angle minimal requis pour prévenir le risque de bronchoaspiration.
15 **Placer le piqué ou la serviette sur le thorax de la personne.**	Afin d'éviter de souiller les vêtements de la personne.
Placer les mouchoirs de papier à portée de main de la personne ou lui en donner un.	Car l'insertion de la sonde peut provoquer un larmoiement.
Placer le verre d'eau avec la paille ainsi que le nécessaire à irrigation à proximité.	Pour que le verre soit facilement accessible au moment opportun.

Étapes exécutoires	Justifications
16 **Déterminer la longueur de sonde à insérer.** a) Sonde nasogastrique : • Mesurer la distance entre le bout du nez et le lobe d'oreille et l'ajouter à la distance entre le lobe et l'appendice xiphoïde. • Ajouter 1,5 cm afin que la sonde pénètre dans l'estomac.	Afin de connaître la bonne distance pour atteindre l'estomac ou l'intestin, selon le cas.
• Apposer un ruban adhésif sur la sonde ou faire un trait avec un marqueur afin d'indiquer la longueur à insérer. b) Sonde nasoduodénale : • Mesurer la distance entre le bout du nez et le lobe d'oreille et l'ajouter à la distance entre le lobe et l'appendice xiphoïde. • Ajouter de 20 à 30 cm afin que la sonde pénètre dans l'intestin. • Apposer un ruban adhésif sur la sonde ou faire un trait avec un marqueur afin d'indiquer la longueur à insérer.	Car le ruban adhésif ou la marque indiquera à l'infirmière l'endroit où cesser d'insérer la sonde.



Étapes exécutoires	Justifications
 **ALERTE CLINIQUE** **Vérification du guide au moment de l'insertion** Les sondes nasoduodénales sont fabriquées en matériaux souples. Il faut s'assurer que le guide (mandrin) est bien en place au moment de la pose de ce type de sonde, sans quoi son insertion est impossible.	
17 **Préparer un morceau de ruban adhésif hypoallergénique** d'une longueur d'environ 5 cm en le coupant en deux jusqu'à sa moitié, dans le sens de la longueur. **Ouvrir l'emballage du dispositif de fixation permanente** ou préparer un ruban adhésif hypoallergénique comme indiqué ci-dessus. 	Afin que tout le matériel soit prêt pour les fixations temporaire (étape 26) et permanente (étape 30) de la sonde après son insertion.
18 **Mettre des gants non stériles.** **N'OUBLIEZ PAS**  Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.	Pour se protéger des liquides gastriques de la personne et éviter la transmission d'agents pathogènes.
19 **Lubrifier l'extrémité de la sonde** avec du lubrifiant hydrosoluble ou avec de l'eau sur une longueur d'environ 8 à 10 cm.  **ALERTE CLINIQUE** **Contre-indication des lubrifiants à base d'huile** La gelée lubrifiante hydrosoluble a l'avantage de se dissoudre, alors qu'un lubrifiant à base d'huile ne se dissout pas et peut entraîner des complications respiratoires.	Afin de faciliter l'insertion de la sonde à travers la fosse nasale de la personne. Dès que la sonde dépasse les cornets, les lubrifiants naturels aident à diminuer la résistance.
20 **Aviser la personne avant de commencer l'insertion.** Convenir avec elle d'un signe qu'elle pourra faire pour indiquer qu'elle est incommodée par la sonde ou qu'elle a de la difficulté à respirer.	Afin de rassurer la personne et d'obtenir sa collaboration.

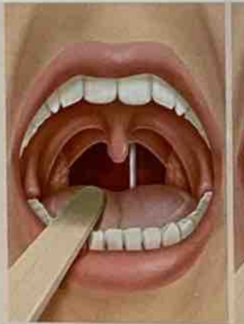
Étapes exécutoires		Justifications
N'OUBLIEZ PAS  Il faut toujours demander de l'assistance si la personne est désorientée, agitée ou incapable de collaborer, afin de diminuer les risques de blessures.		
21 Placer la main non dominante sous le cou de la personne et lui demander de basculer la tête vers l'arrière.		Pour diminuer la courbure naturelle des fosses nasales et faciliter l'insertion de la sonde.
22 Insérer la sonde dans la narine choisie en longeant sa paroi interne. Diriger la sonde vers l'arrière-gorge, selon la courbe naturelle de la fosse nasale. Pousser doucement la sonde au-delà du rhinopharynx.		Pour éviter que la sonde s'enroule le long de la paroi latérale.
23 Une fois le rhinopharynx traversé, interrompre temporairement l'insertion de la sonde pour : • permettre à la personne de se détendre et de s'essuyer les yeux en cas de larmoiement ; • écouter si un bruit d'air est audible à l'entrée de la sonde. Le cas échéant, retirer la sonde de 2 cm pour que le bruit cesse et poursuivre l'insertion. Si le bruit persiste, retirer la sonde et reprendre la procédure du début.		Afin de s'assurer que la sonde s'oriente vers l'œsophage et non vers la trachée.
24 Dès que la personne sent la sonde dans sa gorge, lui demander d'abaisser le menton vers son thorax.		Car une flexion de la nuque permet la fermeture du larynx ainsi que l'ouverture de l'œsophage et facilite l'insertion de la sonde.

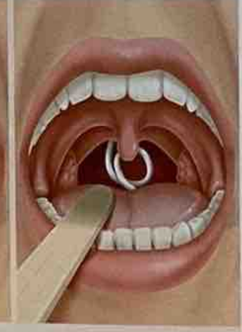
Étapes exécutoires	Justifications
25 **Donner le verre d'eau à la personne et lui demander de boire un peu** d'eau à l'aide de la paille. S'il est contre-indiqué qu'elle boive, lui demander de déglutir. **Pousser la sonde d'environ 2,5 à 5 cm à chaque déglutition** jusqu'au ruban adhésif ou au trait du marqueur. **ALERTE CLINIQUE** **Risque de traumatisme aux tissus et aux muqueuses** En cas de résistance, on ne doit pas forcer l'insertion de la sonde afin d'éviter les traumatismes aux tissus et aux muqueuses. Si la personne tousse, s'étouffe ou devient cyanosée, il faut cesser immédiatement l'insertion et retirer légèrement la sonde. On doit alors laisser la personne se reposer quelques minutes et reprendre l'insertion de la sonde. En présence de sang dans la sonde, retirer celle-ci complètement et aviser le médecin.	Car la déglutition facilite l'insertion de la sonde en fermant l'épiglotte et réduit les mouvements de nausées.
26 **Fixer temporairement la sonde sur le nez** avec un ruban adhésif hypoallergénique.	Afin d'éviter qu'elle se déplace pendant la vérification de son emplacement.
27 **Vérifier l'emplacement de la sonde** en suivant les étapes ci-après. **ALERTE CLINIQUE** **Risque de problèmes respiratoires** Il ne faut administrer aucun liquide dans une sonde nasogastrique ou naso-duodénale avant d'avoir vérifié son emplacement dans l'estomac ou le duodénum (et non dans la trachée) au moyen d'une radiographie.	Afin de s'assurer que la sonde n'a pas été insérée dans les voies respiratoires.
27.1 **Vérifier si la personne est capable de parler.** Si elle est incapable de parler, retirer la sonde jusqu'au rhinopharynx et la réintroduire.	Car il est impossible de parler si la sonde touche les cordes vocales.

SITUATION CLINIQUE

Vous demandez à madame Martin si tout va bien. Elle essaie de vous répondre, mais aucun son ne sort de sa bouche. Que faites-vous ?

Étapes exécutoires	Justifications
27.2 **Regarder le fond de la gorge à l'aide d'un abaisse-langue et d'une lampe de poche.** Si la sonde est enroulée dans l'arrière-gorge, retirer la sonde jusqu'au rhinopharynx et la réintroduire.	Car une sonde enroulée bloque l'entrée d'air vers la trachée et n'est pas fonctionnelle.


Bonne position


Position incorrecte

Étapes exécutoires	Justifications
27.3 **Ajointer la seringue vide à la sonde et aspirer doucement un peu de liquide.**	Car la présence d'un liquide verdâtre, ambré ou brunâtre confirme l'emplacement de la sonde dans l'estomac.
Si aucun liquide n'est aspiré, demander à la personne de se tourner en position latérale. S'il est toujours impossible d'aspirer du liquide, injecter 20 mL d'air (enfant : se référer au protocole de l'établissement) et aspirer de nouveau. Si aucun liquide n'apparaît, insérer la sonde plus profondément, de 10 à 20 cm, dans l'estomac (enfant : de 1 à 2 cm) et vérifier de nouveau.	Car le changement de position de la personne et l'injection d'air permettent de déloger l'extrémité d'une sonde accolée à la paroi gastrique.

N'OUBLIEZ PAS 

Avant chaque administration de liquide, il faut toujours vérifier l'emplacement de la sonde nasogastrique en surveillant la couleur du liquide aspiré et la portion externe de la sonde en se référant au ruban adhésif appliqué sur cette dernière avant son insertion.

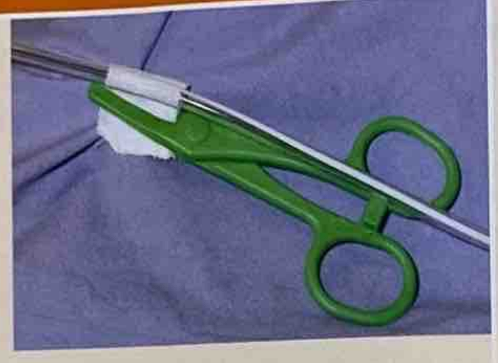
ALERTE CLINIQUE

Risque d'aspiration d'eau

La vérification de l'emplacement de la sonde par immersion dans un contenant d'eau stérile est à proscrire, car si la sonde est insérée dans les voies respiratoires, la personne pourrait aspirer de l'eau.

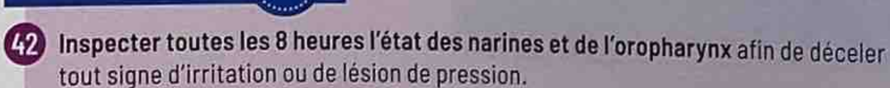
Étapes exécutoires	Justifications
Clamper la sonde au moyen d'une pince hémostatique **et la raccorder au système de drainage en place.** a) Drainage par gravité : Désabouter la seringue et raccorder la sonde au sac de drainage, puis déclamper la pince pour permettre le drainage libre. b) Gavage en cours : Désabouter la seringue et raccorder la sonde à la tubulure de gavage, puis redémarrer le gavage au débit prescrit. c) Drainage sous succion : Désabouter la seringue et raccorder la sonde à l'appareil d'aspiration, puis régler l'aspiration intermittente au niveau prescrit.	Afin d'éviter l'entrée d'air dans le circuit ou l'écoulement de liquide gastrique sur la personne.
Retirer les gants et les jeter avec le piqué dans la poubelle.	Pour prévenir la propagation d'agents pathogènes.
Fixer la sonde sur le nez de la personne à l'aide du dispositif de fixation, ou du ruban adhésif hypoallergénique préalablement préparé, en procédant comme suit. • Fixer l'extrémité non séparée du ruban sur la voûte du nez de la personne. • Entourer la sonde, à la sortie du nez, avec chacune des deux parties de l'autre extrémité. 	Pour stabiliser la sonde et éviter son déplacement. Cela permet à la personne de bouger sans exercer de traction sur la sonde, prévenant ainsi les traumatismes à la muqueuse nasale et la nécrose tissulaire.

MS 7.1

Étapes exécutoires	Justifications
31 **Attacher l'extrémité de la sonde à la chemise d'hôpital de la personne** au moyen d'un ruban adhésif enroulé sur la sonde et d'une pince hémostatique qui maintient le tout en place. 	Afin d'éviter la traction sur la narine lors de la mobilisation et le déplacement ou le retrait accidentel de la sonde.

N'OUBLIEZ PAS 

Il n'est pas recommandé d'utiliser une épingle de sûreté en raison du risque de piqûre accidentelle.

Étapes postexécutoires	Justifications
32 **Maintenir la tête du lit à un angle minimal de 30°,** à moins d'indication contraire.	Afin de prévenir le reflux œsophagien et de réduire au minimum l'irritation provoquée par le tube contre le pharynx postérieur.
33 **Aviser la personne qu'avec le temps, elle s'habituera à la présence du tube.**	Afin de diminuer son anxiété.
34 **Inscrire au bilan des ingesta et des excreta les quantités de liquide utilisées** pour irriguer la sonde et administrer les médicaments, ainsi que la quantité de liquide aspirée et jetée.	Afin d'assurer une évaluation précise du drainage.
35 à **39** Effectuer les étapes **A** à **E** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
ÉVALUATION **40** **Vérifier l'intégrité du système de drainage toutes les 4 heures.** a) Drainage libre : Vérifier la présence de liquide gastrique dans le tube et le sac de drainage. b) Drainage sous succion : Vérifier s'il y a un léger sifflement.	Car la présence de liquide gastrique ou d'un léger sifflement confirme l'efficacité du drainage.
ÉVALUATION  **41** **Procéder à l'examen physique respiratoire et digestif de la personne toutes les 4 à 8 heures.**	Car un déplacement de la sonde peut entraîner des problèmes respiratoires ou digestifs.
ÉVALUATION **42** **Inspecter toutes les 8 heures l'état des narines et de l'oropharynx** afin de déceler tout signe d'irritation ou de lésion de pression. 	Car une fois en place, le tube exerce une pression constante sur la muqueuse nasale, ce qui augmente le risque de lésion de pression.

Étapes postexécutoires	Justifications
43 Effectuer les soins de la bouche toutes les 4 heures et le brossage des dents toutes les 12 heures.	Afin de préserver l'intégrité des muqueuses buccales.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure de l'installation de la sonde.
- Le type et le calibre de la sonde et la narine dans laquelle la sonde est installée.
- La raison de l'installation, le dispositif de stabilisation, le nombre de centimètres de la fixation au niveau du nez.
- La tolérance et les réactions de la personne à la procédure.
- Les caractéristiques du liquide gastrique.
- La vérification de l'emplacement de la sonde nasogastrique ou nasoduodénale par radiographie, le cas échéant.
- Toute donnée anormale observée pendant l'installation et les évaluations. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Marie-Josée Martin **Dossier 525874**

2021-05-17 11:00 TNG Levin n° 14 installé via narine gche ad 15,5 cm et fixé c̄ ruban adhésif. Perte de la voix. TNG retiré et réinstallé via narine drte. Perméable, en drainage libre. Liquide verdâtre abondant. Absence de nausées. Bonne collaboration. Adèle Sormany, inf.

Notes

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer le maintien d'un environnement propre.
9. Assurer l'intimité de la personne.
10. Régler la hauteur du lit.
11. **Installer la personne en position Fowler ou semi-Fowler.**
12. **Procéder à l'examen physique abdominal de la personne.**
13. **Vérifier que la solution d'irrigation est à température ambiante.**
14. **S'assurer de l'emplacement adéquat de la sonde.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

15. **Mettre des gants non stériles.**
16. **Placer le piqué ou la serviette sur le thorax de la personne.**
17. **Verser la solution dans le contenant à irrigation.**
18. **Fermer le système.**
19. **Désinfecter vigoureusement le raccord sonde-tube.**
20. **Désabouter la sonde et y ajointer la seringue d'irrigation vide.**
21. **Aspirer le liquide gastrique et mesurer celui-ci.**
22. **Fermer le système.**
23. **Désabouter la seringue.**
24. **Prélever la quantité prescrite de solution d'irrigation et abouter la seringue.**
25. **Déclamper la sonde et procéder à l'irrigation.**
26. **Rétablir le drainage ou le gavage.**
27. **S'assurer du retour de la solution d'irrigation et de la reprise du drainage.**
28. **Jeter le liquide drainé selon le protocole en vigueur dans l'établissement.**
29. **Jeter le piqué et les gants à la poubelle.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

30. **S'assurer de l'emplacement adéquat de la sonde.**
31. **Inscrire au bilan des ingesta et des excreta les quantités de liquide utilisées.**
32. Réinstaller la personne dans le lit.
33. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
34. Procéder à l'hygiène des mains.
35. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
36. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.
37. **Vérifier l'intégrité du système de drainage toutes les 4 heures.**
38. **Procéder à l'examen physique respiratoire et digestif de la personne toutes les 4 à 8 heures.**
39. **Inspecter toutes les 8 heures l'état des narines et de l'oropharynx.**
40. **Effectuer les soins de la bouche toutes les 4 heures et le brossage des dents toutes les 12 heures.**

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

SITUATION CLINIQUE

MARIE-JOSÉE MARTIN, 40 ans, est hospitalisée à la suite d'une occlusion intestinale. La sonde nasogastrique qui lui a été installée est en drainage libre.

MS 7.2

Notions de base

La procédure d'irrigation d'une sonde nasogastrique ou nasoduodénale permet de maintenir la perméabilité de la sonde afin d'assurer son efficacité. Elle doit respecter l'ordonnance médicale ou le protocole de l'établissement en ce qui concerne le type et la fréquence d'irrigation ainsi que la quantité de solution à utiliser. La sonde nasogastrique peut être irriguée avec de l'eau potable chez la majorité des personnes, car le milieu acide de l'estomac détruit la plupart des bactéries, réduisant ainsi le risque d'infection. Cependant, chez une personne immunosupprimée ou hospitalisée en soins critiques, tant la sonde nasoduodénale que la sonde nasogastrique doivent être irriguées avec une solution stérile.

Matériel

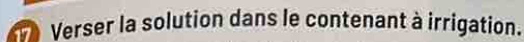
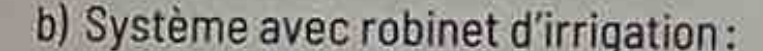
- Nécessaire à irrigation :
  - contenant ❶
  - seringue de 60 mL (enfant, de 10 à 30 mL) ❷
- Solution d'irrigation prescrite (eau potable ou solution stérile) ❸
- Pince hémostatique ❹
- Tampons d'alcool 70 % ❺
- Gants non stériles ❻
- Piqué jetable ou serviette ❼
- Contenant pour jeter le liquide gastrique (haricot ou verre jetable) ❽



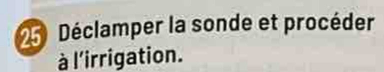
Étapes préexécutoires	Justifications
❶ à ❿ Effectuer les étapes **A** à **J** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
⓫ **Installer la personne en position Fowler ou semi-Fowler** en tout temps.	Car une inclinaison de 30° correspond à l'angle minimal requis pour prévenir le risque de bronchoaspiration.

Étapes préexécutoires	Justifications
ÉVALUATION	
12 Procéder à l'examen physique abdominal de la personne. Lors de l'inspection, observer et déterminer la symétrie de l'abdomen et sa forme liée à la distension. Vérifier si la personne a des nausées. Lors de l'auscultation, noter le nombre de bruits ou l'absence de bruits intestinaux en spécifiant le quadrant. Lors de la palpation superficielle ou profonde, évaluer s'il y a présence de douleur. **ALERTE CLINIQUE** **Absence de bruit intestinal** Il faut aviser rapidement le médecin si aucun bruit intestinal n'est perçu, car un iléus, une péritonite ou une obstruction intestinale complète sont des complications graves qui pourraient être la cause de ce symptôme.	Car la présence de nausées, la diminution ou l'absence de bruits intestinaux ainsi que la présence de douleur sont des indicateurs d'un ralentissement ou d'un arrêt du péristaltisme, constituant une contre-indication au gavage. Les résultats de l'examen physique serviront de référence au moment de l'évaluation subséquente.
13 Vérifier que la solution d'irrigation est à température ambiante.	Car une solution trop froide ou trop chaude peut occasionner des spasmes gastriques ou duodénaux, selon le type de sonde.
14 S'assurer de l'emplacement adéquat de la sonde. Vérifier l'emplacement de la sonde en repérant la marque faite sur celle-ci avant son insertion. Au besoin, replacer la sonde à la profondeur indiquée avant de procéder à l'irrigation.	Pour prévenir l'administration de solution d'irrigation dans l'œsophage ou dans les voies respiratoires.

Étapes exécutoires	Justifications
15 Mettre des gants non stériles. **N'OUBLIEZ PAS !** Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.	Pour se protéger des liquides gastriques de la personne et éviter la transmission d'agents pathogènes.
16 Placer le piqué ou la serviette sur le thorax de la personne.	Afin d'avoir une surface propre pour déposer le tube entre les manœuvres et d'éviter de souiller la literie et les vêtements de la personne en cas de déversement accidentel de la solution d'irrigation.

Étapes exécutoires	Justifications
 **17 Verser la solution dans le contenant à irrigation.** Verser la solution d'irrigation selon la quantité nécessaire, comme indiqué ci-dessous. a) Nourrisson : de 1 à 3 mL. b) Enfant : de 5 à 15 mL. c) Adulte : 30 mL. **ALERTE CLINIQUE** **Utilisation de l'eau potable comme solution d'irrigation** L'eau potable utilisée pour irriguer la sonde doit toujours provenir du robinet d'eau froide. Il est recommandé de laisser couler l'eau pendant 30 secondes avant de l'utiliser afin d'assurer une eau de qualité. Il ne faut jamais utiliser l'eau provenant d'un robinet automatique de type « œil magique », car l'eau froide est alors mélangée à l'eau chaude. Celle-ci peut être contaminée par des microorganismes présents dans le réservoir d'eau chaude.	Toujours valider la quantité de liquide d'irrigation nécessaire avec l'ordonnance médicale, car les quantités varient selon le type de sonde, l'emplacement de la sonde et la situation clinique de la personne.
18 Fermer le système en procédant comme suit. a) Système sans robinet d'irrigation : • Clamper la sonde à l'aide d'une pince hémostatique. La disjoindre du tube de raccordement de l'appareil d'aspiration, du tube du sac de drainage libre ou de la tubulure de gavage.  • Tenir de la main non dominante ou déposer sur le piqué le tube de raccordement, le tube du sac de drainage libre ou la tubulure de gavage.	Car le clampage prévient l'introduction d'air dans le circuit ou l'écoulement de liquide gastrique sur la personne.
 b) Système avec robinet d'irrigation : • Fermer l'appareil à aspiration et clamper le tube de drainage. • Tenir le raccord sonde-tube de la main non dominante ou le déposer sur le piqué. 	Car le fait de fermer l'appareil et de clamper le tube évite l'introduction d'air dans le circuit.
19 Désinfecter vigoureusement le raccord sonde-tube avec un tampon d'alcool 70 %.	En présence de *C. difficile*, le mouvement mécanique du tampon d'alcool permet de déloger les bactéries.
Laisser sécher au moins 30 secondes en tenant la sonde de la main non dominante.	Pour permettre à l'alcool de produire son effet aseptisant.

Étapes exécutoires	Justifications
20 **Désabouter la sonde et y ajointer la seringue d'irrigation vide.** a) Système sans robinet d'irrigation : • Ajointer la seringue d'irrigation à la sonde. • Retirer la pince hémostatique.  b) Système avec robinet d'irrigation : • Ajointer la seringue à la voie d'irrigation et ouvrir le robinet. 	Pour permettre l'aspiration du liquide gastrique.
21 **Aspirer le liquide gastrique et mesurer celui-ci.** Tenir la seringue dirigée vers le sol et aspirer lentement le liquide gastrique. Observer la couleur du liquide gastrique. Mesurer la quantité de liquide en observant la graduation de la seringue. **N'OUBLIEZ PAS**  S'il est impossible d'aspirer du liquide gastrique, cela signifie que la sonde est mal positionnée, qu'elle est coudée ou collée sur la paroi de l'estomac. Le cas échéant, demander à la personne de se tourner sur le côté gauche, puis bouger délicatement la sonde. S'il est toujours impossible d'aspirer du liquide, injecter 30 mL d'air (enfant : se référer au protocole de l'établissement) et aspirer de nouveau. Si aucun liquide n'apparaît, insérer la sonde plus profondément, de 10 à 20 cm, dans l'estomac (enfant : de 1 à 2 cm) et vérifier de nouveau. Si l'absence de liquide aspiré persiste, aviser le médecin. Une radiographie doit être faite pour vérifier l'emplacement de la sonde.	Pour confirmer le bon positionnement de la sonde. La couleur du liquide gastrique est verte et claire avec dépôts possibles. Un liquide brun indique la présence de sang.
22 **Fermer le système.** Répéter l'étape 18.	Pour éviter l'introduction d'air dans le circuit ou l'écoulement de liquide gastrique sur la personne.
23 **Désabouter la seringue** et déposer la sonde sur le piqué. Vider le contenu de la seringue dans un verre jetable ou un haricot. Si le pH du liquide gastrique doit être mesuré, conserver le verre ou le haricot.	Car le contenu sera utilisé pour y tremper la bandelette de pH.

Étapes exécutoires	Justifications
24 **Prélever la quantité prescrite de solution d'irrigation et abouter la seringue** au tube de drainage ou d'aspiration. 	Car l'ordonnance médicale précise la quantité à prélever.
 **25** **Déclamper la sonde et procéder à l'irrigation.** Tenir la seringue dirigée vers le sol et injecter lentement la solution d'irrigation sans exercer une trop forte pression, tout en respectant le degré de tolérance de la personne. 	Car une pression trop forte pourrait irriter la muqueuse gastrique ou duodénale, selon le type de sonde.



ALERTE CLINIQUE

Introduction de liquide par l'embout de succion

Il ne faut pas introduire de liquide par l'embout destiné à la succion (embout bleu). Si cela se produit accidentellement, il faut faire suivre l'introduction de solution d'une injection de 10 à 20 mL d'air afin de vider complètement la lumière. Par la suite, on doit s'assurer que la succion fonctionne de façon adéquate. L'introduction de liquide par l'embout destiné à la succion se fait exceptionnellement pour vérifier l'étanchéité de la lumière advenant un problème avec la succion.

26 **Rétablir le drainage ou le gavage** en procédant comme suit.

a) Système sans robinet d'irrigation :
- Clamper la sonde, puis désabouter la seringue.
- Ajointer la sonde au tube de drainage libre ou d'aspiration. Déclamper la sonde. Le cas échéant, régler l'appareil au degré d'aspiration prescrit.

b) Système avec robinet d'irrigation :
- Fermer la voie d'irrigation et désabouter la seringue.
- Déclamper le tube d'aspiration et régler l'appareil au degré d'aspiration prescrit.

SITUATION CLINIQUE

Lors de la dernière irrigation, vous avez oublié de déclamper le tube de drainage. Vous vous en rendez compte au moment de votre tournée, une heure plus tard. Que faites-vous ?

Étapes exécutoires	Justifications
27 **S'assurer du retour de la solution d'irrigation et de la reprise du drainage** une fois l'appareil d'aspiration rebranché. Si aucun liquide n'est drainé, répéter l'irrigation ou repositionner la sonde afin que le drainage soit efficace.	Pour vérifier l'efficacité du système de drainage.

MS 7.2

Étapes exécutoires	Justifications
28 Jeter le liquide drainé selon le protocole en vigueur dans l'établissement.	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.
29 Jeter le piqué et les gants à la poubelle.	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
30 S'assurer de l'emplacement adéquat de la sonde. Vérifier l'emplacement de la sonde en repérant la marque d'insertion.	Pour s'assurer que la sonde n'a pas été déplacée pendant les manipulations effectuées.
31 Inscrire au bilan des ingesta et des excreta les quantités de liquide utilisées pour irriguer la sonde et administrer les médicaments, ainsi que la quantité de liquide aspirée et jetée. **N'OUBLIEZ PAS !** Les quantités de solution d'irrigation et de liquide drainé doivent être mesurées sur 24 heures.	Afin d'assurer une évaluation précise du drainage.
32 à 36 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
ÉVALUATION √ **37 Vérifier l'intégrité du système de drainage toutes les 4 heures.** a) Drainage libre : Vérifier la présence de liquide gastrique dans le tube et le sac de drainage. b) Drainage sous succion : Vérifier s'il y a un léger sifflement.	Car la présence de liquide gastrique ou d'un léger sifflement confirme l'efficacité du drainage.
ÉVALUATION √ **38 Procéder à l'examen physique respiratoire et digestif de la personne toutes les 4 à 8 heures.**	Car un déplacement de la sonde peut entraîner des problèmes respiratoires ou digestifs.
ÉVALUATION √ **39 Inspecter toutes les 8 heures l'état des narines et de l'oropharynx** afin de déceler tout signe d'irritation.	Car le tube exerce une pression constante sur la muqueuse nasale, ce qui augmente le risque de lésion de pression.
40 Effectuer les soins de la bouche toutes les 4 heures et le brossage des dents toutes les 12 heures.	Afin de préserver l'intégrité des muqueuses buccales.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure de l'irrigation.
- Le type et la quantité de solution utilisés.
- Les caractéristiques du liquide gastrique.
- La tolérance et les réactions de la personne à la procédure.
- Toute donnée anormale observée pendant l'irrigation et les évaluations. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Marie-Josée Martin **Dossier 525874**

2021-05-17 17:00 TNG irrigué c̄ 30 mL d'eau, Ø résistance.

2021-05-17 18:00 TNG déclampé, car oubli lors de l'irrigation. Se dit bien, pas de nausées. TNG perméable, draine liquide verdâtre. Rapport d'accident-incident rempli, infirmière responsable et médecin avisés. Adèle Sormany, inf.

Notes



Administration d'un médicament par sonde nasogastrique ou nasoduodénale

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).**
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

5. **Préparer les médicaments d'une seule personne à la fois.**
6. **Prendre les médicaments de la personne.**
7. **Au besoin, recalculer la dose.**
8. **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments (« 7 bons »).**
9. **Vérifier la date d'expiration.**
10. **S'assurer de connaître le médicament.**
11. **Vérifier les antécédents médicaux de la personne.**
12. **Vérifier si la personne prend d'autres médicaments.**
13. **Procéder à la préparation du médicament.**
    - 13.1 **Préparer un médicament en comprimé.**
    - 13.2 **Préparer un médicament liquide.**
    - 13.3 **Préparer un médicament en gélule.**
    - 13.4 **Préparer un médicament en capsule.**
14. Expliquer la procédure de soins à la personne.
15. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
16. Assurer le maintien d'un environnement propre.
17. Assurer l'intimité de la personne.
18. Régler la hauteur du lit.

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

19. **Apporter les médicaments à la personne à l'heure prescrite.**
20. **Procéder à la double vérification et demander à la personne de se nommer et de donner sa date de naissance.**
21. **Évaluer les connaissances de la personne.**
22. **Enseigner à la personne les effets attendus, l'action et les effets indésirables possibles.**
23. **Installer la personne en position Fowler ou semi-Fowler.**
24. **Mettre des gants non stériles.**
25. **Placer le piqué ou la serviette sur le thorax de la personne.**
26. **Fermer le système.**
27. **Désinfecter vigoureusement le raccord sonde-tube.**
28. **Désabouter la sonde et y ajointer la seringue d'irrigation contenant 15 mL de solution d'irrigation.**
29. **Procéder à l'irrigation.**
30. **Fermer le système.**
31. **Désabouter la seringue.**
32. **Prélever la totalité du contenu du godet.**
33. **Désinfecter l'embout de la sonde.**
34. **Ajointer la seringue à la sonde.**
35. **Tenir la seringue dirigée vers le sol et injecter lentement le médicament.**
36. **Répéter les étapes 32 à 35 pour chaque médicament à administrer.**
37. **Procéder à l'irrigation de la sonde.**
38. **Clamper la sonde et laisser la seringue en place.**
39. **Jeter le piqué et les gants à la poubelle.**
40. **Prévoir un retour à la chambre dans 30 à 60 minutes afin de déclamper la sonde.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

41. **Inscrire au bilan des ingesta et des excreta les quantités de liquide utilisées.**
42. **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament.**
43. **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription au dossier de la personne.**
44. Réinstaller la personne dans le lit.
45. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
46. Procéder à l'hygiène des mains.
47. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
48. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

SITUATION CLINIQUE

MARIE-JOSÉE MARTIN, 40 ans, est hospitalisée à la suite d'une occlusion intestinale. La sonde nasogastrique qui lui a été installée est en drainage libre.

Notions de base

L'administration de médicaments s'effectue par sonde nasogastrique ou nasoduodénale lorsque la voie orale est non fonctionnelle ou inaccessible. Il est recommandé d'irriguer la sonde avant et après l'administration de médicaments et entre l'administration de différents médicaments donnés à la même heure. La sonde nasogastrique peut être irriguée avec de l'eau potable chez la majorité des personnes, car le milieu acide de l'estomac détruit la plupart des bactéries, réduisant ainsi le risque d'infection. Cependant, chez une personne immunosupprimée ou hospitalisée en soins critiques, tant la sonde nasoduodénale que la sonde nasogastrique doivent être irriguées avec une solution stérile.

Matériel

- Écrase-pilule ❶
- Solution d'irrigation prescrite (eau potable ou solution stérile) ❷
- Nécessaire à irrigation :
  - contenant ❸
  - seringue de 60 mL ❹
- Feuille d'administration des médicaments (FADM) ❺
- Godet gradué en plastique ❻
- Médicament prescrit ❼
- Tampons d'alcool 70 % ❽
- Pince hémostatique ❾
- Seringue et aiguille (calibre 18-20), pour aspirer le contenu des gélules ❿
- Gants non stériles ⓫
- Piqué jetable ou serviette ⓬
- Contenant pour jeter le liquide gastrique (haricot ou verre jetable) ⓭



Étapes préexécutoires	Justifications
❶ Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).	
❷ **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).**	Car c'est le document légal autorisant l'administration des médicaments par l'infirmière (activité réservée). Cette vérification permet de s'assurer que l'ordonnance est lisible et précise, et qu'elle concorde avec la FADM.

Étapes préexécutoires	Justifications
3 et **4** Effectuer les étapes **C** et **D** présentées à la page 1 (étapes préexécutoires générales).	
5 **Préparer les médicaments d'une seule personne à la fois.**	Pour éviter les erreurs et assurer une administration sécuritaire.
6 **Prendre les médicaments de la personne** (casier à médicaments de la pharmacie ou chariot à médicaments) et comparer les étiquettes avec la FADM.	Pour éviter les erreurs et assurer une administration sécuritaire.
7 **Au besoin, recalculer la dose** de médicament à administrer.	Pour éviter les erreurs et assurer une administration sécuritaire.
8 **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments,** communément appelés les **« 7 bons »**, pour chaque médicament : 1. le bon médicament ; 2. à la bonne dose ; 3. à la bonne personne ; 4. par la bonne voie d'administration ; 5. au bon moment ; 6. en produisant la bonne documentation (exactitude de l'inscription de l'administration du médicament sur la FADM ou au dossier de la personne) ; 7. en assurant la bonne surveillance des effets attendus et des effets indésirables des médicaments administrés. **ALERTE CLINIQUE** **Les 5 premiers « bons »** La vérification des 5 premiers « bons » doit se faire : 1. avant la préparation du médicament ; 2. lorsque le contenant du médicament est rangé à sa place, le cas échéant ; 3. pendant la préparation du médicament ; 4. au moment de l'administration du médicament à la personne.	Pour assurer une administration sécuritaire et adéquate du médicament.
9 **Vérifier la date d'expiration** de chaque médicament. Ne pas administrer un médicament dont la date d'expiration est dépassée. Pour les contenants multidoses, vérifier aussi la date d'ouverture, le cas échéant.	Car un médicament périmé peut s'avérer instable sur le plan chimique, être inefficace ou avoir des effets nuisibles.
10 **S'assurer de connaître le médicament** (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2020) : • son effet thérapeutique ; • sa classe ; • son mécanisme et son pic d'action ; • ses effets indésirables ; • ses conditions d'administration ; • sa posologie usuelle selon le type de clientèle ; • ses contre-indications ; • ses éventuelles interactions avec d'autres médicaments ; • les éléments de surveillance clinique.	Afin d'administrer le médicament de façon sécuritaire et de surveiller les réactions de la personne au traitement, de même que l'apparition d'effets indésirables.

Étapes préexécutoires	Justifications
11 **Vérifier les antécédents médicaux de la personne** ainsi que ses allergies médicamenteuses ou alimentaires. Le cas échéant, s'assurer que la personne porte un bracelet indiquant ses allergies. **ALERTE CLINIQUE** **Allergie médicamenteuse** Il ne faut pas administrer à la personne un médicament auquel elle est allergique.	Pour prévenir une réaction allergique ou indésirable à la suite de l'administration d'un médicament.
12 **Vérifier si la personne prend d'autres médicaments** d'ordonnance ou offerts en vente libre, comme des produits naturels.	Pour prévenir une interaction médicamenteuse entre les médicaments administrés et ceux pris par la personne de manière autonome.
13 **Procéder à la préparation du médicament** selon l'une des méthodes suivantes. **13.1** Préparer un médicament en comprimé. **13.2** Préparer un médicament liquide. **13.3** Préparer un médicament en gélule. **13.4** Préparer un médicament en capsule.	
13.1 **Préparer un médicament en comprimé.**	
13.1.1 Broyer le médicament à administrer à l'aide d'un écrase-pilule. Déposer la poudre obtenue dans le godet gradué en plastique.	Pour permettre la dilution du médicament dans l'eau.
13.1.2 Ajouter 30 mL de solution d'irrigation dans le godet. Passer à l'étape **14**. **ALERTE CLINIQUE** **Précautions en cas de manipulation du médicament** Il faut vérifier auprès du pharmacien si les comprimés peuvent être écrasés. Certains médicaments ne peuvent être broyés sans que cela nuise à leur principe actif et altère leur efficacité. Les médicaments en comprimés qui ne peuvent être écrasés sont souvent disponibles en liquide ou sous une autre forme d'administration. **Administration de plus d'un médicament** Si plus d'un médicament doit être administré à la même heure, il faut préparer chaque médicament dans un contenant différent et les administrer séparément afin d'éviter toute interaction chimique entre eux. On doit également rincer la sonde avec 15 mL d'eau entre chaque médicament administré.	Pour pouvoir prélever le médicament à l'aide d'une seringue.

Étapes préexécutoires	Justifications
13.2 Préparer un médicament liquide.	
13.2.1 Verser la quantité de médicament requise dans un godet gradué en plastique.	Pour pouvoir prélever le médicament à l'aide d'une seringue.
13.2.2 Diluer les solutions médicamenteuses hypertoniques ou visqueuses avec 30 mL de solution d'irrigation. Passer à l'étape 14.	Afin de prévenir la diarrhée osmotique et l'hyperosmolarité.
13.3 Préparer un médicament en gélule.	
13.3.1 Prélever le contenu de la gélule et le verser dans un godet, en procédant selon l'une des méthodes suivantes. a) Extraire le médicament de la gélule avec une seringue munie d'une aiguille de calibre 18-20 et le verser dans le godet gradué en plastique en s'assurant de vider l'aiguille de son contenu. b) Perforer la gélule et la comprimer au-dessus du godet gradué en plastique pour en extraire le médicament.	Comme le contenu d'une gélule est minime, l'aspirer avec une seringue munie d'une aiguille facilite la manœuvre.
13.3.2 Ajouter 30 mL de solution d'irrigation dans le godet. Passer à l'étape 14.	Pour pouvoir prélever le médicament à l'aide d'une seringue.

N'OUBLIEZ PAS !

Il faut toujours se laver les mains avant de manipuler un médicament. Pour certains médicaments, comme les antinéoplasiques, il faut aussi porter des gants en nitrile afin d'éviter d'absorber du médicament de manière transdermique.

Étapes préexécutoires	Justifications
13.4 Préparer un médicament en capsule.	
13.4.1 Ouvrir la capsule et déposer la poudre dans le godet gradué en plastique.	Pour permettre la dilution du médicament dans l'eau.
13.4.2 Ajouter 30 mL d'eau potable dans le godet. Si l'on utilise une sonde nasoduodénale, ajouter de l'eau stérile.	Pour pouvoir prélever le médicament à l'aide d'une seringue.

14 à **18** Effectuer les étapes **F** à **J** présentées à la page 2 (étapes préexécutoires générales).

Étapes exécutoires	Justifications
19 **Apporter les médicaments à la personne à l'heure prescrite** ou, au plus tard, dans les 30 minutes qui précèdent ou qui suivent l'heure prescrite.	Afin de maximiser l'effet thérapeutique visé.
20 **Procéder à la double vérification et demander à la personne de se nommer et de donner sa date de naissance,** et comparer ces renseignements avec ceux inscrits sur son bracelet d'identité. S'assurer que la personne porte un bracelet d'identité conforme et lisible.	Car le bracelet d'identité constitue la source la plus fiable pour l'identifier. Il doit être mis au poignet de la personne dès son admission dans l'établissement. Vérifier le nom de la personne uniquement de façon orale est déconseillé en raison du risque d'erreur (p. ex. chez une personne désorientée).
ÉVALUATION	
21 **Évaluer les connaissances de la personne** concernant son état de santé et les médicaments qu'elle doit recevoir.	Afin de déterminer ses besoins en matière d'enseignement.
22 **Enseigner à la personne les effets attendus, l'action et les effets indésirables possibles** de chacun de ses médicaments.	Car c'est la responsabilité de l'infirmière de donner un enseignement approprié à la personne au sujet de ses médicaments.
L'encourager à poser des questions sur ce qu'elle ne comprend pas.	Les connaissances acquises par la personne favorisent son adhésion au traitement.
Adapter l'enseignement à son degré de compréhension.	Le choix d'une méthode d'enseignement appropriée aux besoins de la personne facilite sa compréhension.
23 **Installer la personne en position Fowler ou semi-Fowler** en tout temps.	Car une inclinaison de 30° correspond à l'angle minimal requis pour prévenir le risque de bronchoaspiration.
24 **Mettre des gants non stériles.** **N'OUBLIEZ PAS** Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.	Pour se protéger des liquides gastriques de la personne et éviter la transmission d'agents pathogènes.
25 **Placer le piqué ou la serviette sur le thorax de la personne.**	Pour protéger les vêtements de la personne et la literie de l'écoulement de liquides gastriques au moment de l'ouverture du circuit.

Étapes exécutoires	Justifications
26 **Fermer le système** en procédant comme suit. a) Système sans robinet d'irrigation : • Clamper la sonde à l'aide d'une pince hémostatique. La disjoindre du tube de raccordement de l'appareil d'aspiration, du tube du sac de drainage libre ou de la tubulure de gavage.  • Tenir de la main non dominante ou déposer sur le piqué le tube de raccordement, le tube du sac de drainage libre ou la tubulure de gavage.	Car le clampage prévient l'introduction d'air dans le circuit ou l'écoulement de liquide gastrique sur la personne.
b) Système avec robinet d'irrigation : • Fermer l'appareil à aspiration et clamper le tube de drainage. • Tenir le raccord sonde-tube de la main non dominante ou le déposer sur le piqué. 	Car le fait de fermer l'appareil et de clamper le tube évite l'introduction d'air dans le circuit.
27 **Désinfecter vigoureusement le raccord sonde-tube** avec un tampon d'alcool 70 %.	En présence de *C. difficile*, le mouvement mécanique du tampon d'alcool permet de déloger les bactéries.
Laisser sécher au moins 30 secondes en tenant la sonde de la main non dominante.	Pour permettre à l'alcool de produire son effet aseptisant.
28 **Désabouter la sonde et y ajointer la seringue d'irrigation contenant 15 mL de solution d'irrigation.** a) Système sans robinet d'irrigation : • Ajointer la seringue d'irrigation à la sonde. • Retirer la pince hémostatique. 	Pour permettre l'irrigation.
b) Système avec robinet d'irrigation : • Ajointer la seringue à la voie d'irrigation et ouvrir le robinet. 	

Étapes exécutoires	Justifications
ALERTE CLINIQUE **Irrigation de la sonde en cours de gavage** Si un gavage est en cours, il faut irriguer la sonde avec 30 mL de solution d'irrigation avant d'administrer un médicament. Comme les gavages sont de consistance relativement épaisse, une sonde mal rincée pourrait s'obstruer au moment de l'administration du médicament.	
29 **Procéder à l'irrigation.** Tenir la seringue dirigée vers le sol et injecter lentement la solution d'irrigation sans exercer une trop forte pression, tout en respectant le degré de tolérance de la personne. 	Car une pression trop forte pourrait irriter la muqueuse gastrique ou duodénale, selon le type de sonde.
30 **Fermer le système.** Répéter l'étape 26.	Pour éviter l'introduction d'air dans le circuit ou l'écoulement de liquide gastrique sur la personne.
31 **Désabouter la seringue** et déposer la sonde sur le piqué.	Afin d'aller prélever le médicament.
32 **Prélever la totalité du contenu du godet** en l'aspirant au moyen de la seringue à irrigation. 	Afin d'avoir la quantité totale de médicament en une seule administration.
33 **Désinfecter l'embout de la sonde** avec un tampon d'alcool 70 %.	En présence de *C. difficile*, le mouvement mécanique du tampon d'alcool permet de déloger les bactéries.
Laisser sécher au moins 30 secondes en tenant la sonde de la main non dominante.	Pour permettre à l'alcool de produire son effet aseptisant.
34 **Ajointer la seringue à la sonde** en procédant comme suit. a) Système sans robinet d'irrigation : • Ajointer la seringue d'irrigation à l'orifice de sortie de la sonde. • Retirer la pince hémostatique.  © sophiejacopin	Pour permettre l'injection du médicament.

Étapes exécutoires	Justifications
b) Système avec robinet d'irrigation : • Ajointer la seringue à la voie d'irrigation et ouvrir le robinet. 	
35 **Tenir la seringue dirigée vers le sol et injecter lentement le médicament** sans exercer une trop forte pression, tout en respectant le degré de tolérance de la personne. 	Car une injection trop rapide peut incommoder la personne. Une pression trop forte pourrait irriter la muqueuse gastrique ou duodénale. Cependant, un rythme d'injection trop lent peut sédimenter le médicament et bloquer la sonde.

N'OUBLIEZ PAS 

Avant d'administrer un médicament à la personne, il est impératif de vérifier son identité en lui demandant de se nommer et de donner sa date de naissance, puis en vérifiant ces informations sur son bracelet d'identité. Cette double vérification permet d'éviter une erreur d'identification.

Étapes exécutoires	Justifications
36 **Répéter les étapes 32 à 35 pour chaque médicament à administrer.** Administrer 15 mL de solution d'irrigation entre chaque administration.	Pour assurer l'administration complète des médicaments prescrits.
37 **Procéder à l'irrigation de la sonde** avec 30 mL de solution d'irrigation.	Afin de faire pénétrer tout le médicament dans l'estomac ou dans le duodénum et rincer la sonde.

SITUATION CLINIQUE

Vous avez terminé d'administrer les médicaments par sonde nasogastrique. Au moment d'irriguer la sonde avec la solution d'irrigation, vous remarquez une résistance importante. Que faites-vous ?

Étapes exécutoires	Justifications
38 **Clamper la sonde et laisser la seringue en place.** Si un système de bouchon est disponible, l'utiliser en remplacement de la seringue. Attendre de 30 à 60 minutes avant de rétablir le drainage libre ou de remettre le système d'aspiration en fonction. En présence de gavage, le système peut être repris immédiatement. Aviser la personne de demeurer en position assise.	Pour permettre au corps d'absorber le médicament. Si le système de drainage ou d'aspiration est ouvert immédiatement après l'administration du médicament, celui-ci sera drainé.
39 **Jeter le piqué et les gants à la poubelle.**	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes exécutoires	Justifications
40 **Prévoir un retour à la chambre dans 30 à 60 minutes afin de déclamper la sonde** en présence d'un système de drainage.	Afin de rétablir le drainage et de prévenir les nausées.

Étapes postexécutoires	Justifications
41 **Inscrire au bilan des ingesta et des excreta les quantités de liquide utilisées** pour irriguer la sonde et administrer les médicaments. **N'OUBLIEZ PAS !** La quantité de solution d'irrigation doit être mesurée sur 24 heures.	Afin d'assurer une évaluation précise des ingesta et des excreta.
42 **Inscrire sur la FADM la date et l'heure de l'administration du médicament** ainsi que le nom et la dose du médicament administré. Signer la FADM. (*Voir l'extrait de la FADM, à la page suivante.*) **N'OUBLIEZ PAS !** En vertu du *Règlement sur l'organisation et l'administration des établissements*, l'enregistrement des étapes de préparation et d'administration des médicaments au dossier de la personne est une obligation juridique (S-5, r. 5, art. 53, par. 3.1; art. 55, par. 6.1; art. 56, par. 5.1) et doit comprendre le nom du médicament, la dose administrée, ainsi que la voie, la date et l'heure d'administration.	Afin d'assurer le respect de l'horaire d'administration.
43 **Vérifier de nouveau l'exactitude de l'inscription** de l'administration du médicament **au dossier de la personne.** Ranger la FADM.	Afin d'assurer un suivi adéquat. Cette étape consolide le « 6[e] bon ».
44 à 48 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La réaction de la personne et sa collaboration.
- Toute réaction anormale ou indésirable (p. ex. des vertiges, des nausées) survenue à la suite de l'administration du médicament. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Marie-Josée Martin **Dossier 525874**

2021-05-17 19:00 Irrigation TNG pré et post adm. médicaments c̄ résistance importante à l'irrigation finale. 2[e] irrigation c̄ 30 mL H_2O. Ø résistance. Adèle Sormany, inf.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER SUR LA FADM

- L'heure et la voie d'administration du médicament.
- Votre signature, votre titre et vos initiales aux endroits appropriés.
- Toute autre indication exigée par l'établissement (p. ex. rature de l'heure une fois le médicament administré).

Extrait de la FADM de madame Marie-Josée Martin

Médicaments	NUIT 00:00 à 08:00	JOUR 08:00 à 16:00	SOIR 16:00 à 00:00
Médication régulière			
Tylenol 650 mg toutes les 6 heures, régulier (acétaminophène) Début : 2021-05-13 Fin : 2021-05-20	01:00 CL 07:00 CL	13:00 VP	19:00 AS

Signature complète de l'infirmière et initiales					
Carole Lemire, inf.	CL	Vitalie Perreault, inf.	VP	Adèle Sormany, inf.	AS

Notes



Administration d'un gavage : alimentation entérale

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. **Vérifier l'ordonnance concernant le gavage.**
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. **Si la préparation est au réfrigérateur, la sortir une heure avant son administration.**
5. **Vérifier la date d'expiration.**
6. Procéder à l'hygiène des mains.
7. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
8. Expliquer la procédure de soins à la personne.
9. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
10. Assurer le maintien d'un environnement propre.
11. Assurer l'intimité de la personne.
12. Régler la hauteur du lit.
13. **Procéder à l'examen physique abdominal de la personne.**
14. **Installer la personne en position Fowler ou semi-Fowler.**
15. **Mettre des gants non stériles.**
16. **Effectuer un test de résidu gastrique.**
17. **Irriguer la sonde.**
18. **En présence d'une sonde de gastrostomie ou de jéjunostomie, évaluer l'état de la peau péristomiale.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

19. **Évaluer les connaissances de la personne.**
20. **Enseigner à la personne les effets attendus, l'action et les effets indésirables possibles.**
21. **Placer le piqué ou la serviette sur le thorax de la personne.**
22. **Procéder à l'administration du gavage.**
    - 22.1 **Procéder à un gavage à la seringue (bolus).**
    - 22.2 **Procéder à un gavage à l'aide d'une pompe.**
23. **Jeter le piqué et les gants à la poubelle.**

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

24. **Aviser la personne qu'elle doit rester en position assise ou semi-assise.**
25. **Inscrire au bilan des ingesta et des excreta les quantités de liquide utilisées.**
26. Réinstaller la personne dans le lit.
27. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
28. Procéder à l'hygiène des mains.
29. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
30. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

SITUATION CLINIQUE

MARIE-JOSÉE MARTIN, 40 ans, a été opérée pour une résection partielle de l'intestin grêle. La sonde nasogastrique qui lui a été installée est en drainage libre, et l'on prévoit amorcer l'alimentation avec des bolus de gavage trois fois par jour.

Notions de base

Lorsque la personne est dans l'impossibilité de s'alimenter, l'infirmière peut lui administrer une préparation nutritive au moyen d'une sonde nasogastrique, nasoduodénale, de gastrostomie ou de jéjunostomie. Cette préparation prescrite fournit à la personne une nutrition entérale répondant à ses besoins en glucides, en lipides, en protéines, en minéraux et en vitamines. Un gavage peut être administré au moyen d'une pompe ou d'une seringue (par bolus) de façon intermittente ou continue. Pour les préparations transvidées dans un système d'administration, il est recommandé de ne jamais les administrer pendant une période de plus de quatre à six heures à la fois, afin d'éviter que des bactéries ne s'y développent. Les préparations stériles que l'on branche à l'aide d'une fiche perforante sont changées toutes les 24 heures. Il est normal que la personne nourrie par gavage ait des selles molles. Cependant, plus de 3 selles diarrhéiques par 24 heures (syndrome de chasse) constituent un signe d'intolérance.

Matériel

- Pompe à gavage ❶
- Préparation alimentaire prescrite (en bouteille, en sac ou en conserve) ❷
- Tampons d'alcool 70 % ❸
- Étiquettes d'identification ❹
- Solution d'irrigation (eau potable ou solution stérile, selon l'ordonnance ou le protocole de l'établissement) ❺
- Nécessaire à irrigation :
  - contenant de 250 à 500 mL ❻
  - seringue de 60 mL ❼
- Gants non stériles ❽
- Bouchon ou pince hémostatique ❾
- Stéthoscope ❿
- Piqué jetable ou serviette ⓫



Étapes préexécutoires	Justifications
1 Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).	
2 **Vérifier l'ordonnance** (du médecin, de la nutritionniste ou de l'équipe de soins) **concernant le gavage :** type et quantité de préparation à administrer, fréquence d'administration (intermittente ou continue). Consulter les résultats des analyses de laboratoire servant à l'évaluation nutritionnelle et vérifier la masse corporelle de la personne.	Car la préparation est prescrite selon les besoins énergétiques de la personne. Car ces résultats et la masse corporelle de la personne sont de bons indicateurs de son état nutritionnel.
3 Rassembler tout le matériel nécessaire.	
4 **Si la préparation est au réfrigérateur, la sortir une heure avant son administration.** Au besoin, bien agiter la préparation.	Afin de prévenir les crampes, la diarrhée ou des malaises digestifs.
5 **Vérifier la date d'expiration** sur le contenant de la préparation.	Car un médicament périmé peut s'avérer instable sur le plan chimique, être inefficace ou avoir des effets nuisibles.
6 à 12 Effectuer les étapes D à J présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	

ÉVALUATION



13 **Procéder à l'examen physique abdominal de la personne.** Lors de l'inspection, observer et déterminer la symétrie de l'abdomen et sa forme liée à la distension. Vérifier si la personne a des nausées. Lors de l'auscultation, noter le nombre de bruits ou l'absence de bruits intestinaux en spécifiant le quadrant. Lors de la palpation superficielle ou profonde, évaluer s'il y a présence de douleur.	Car la présence de nausées, la diminution ou l'absence de bruits intestinaux ainsi que la présence de douleur sont des indicateurs d'un ralentissement ou d'un arrêt du péristaltisme, constituant une contre-indication au gavage. Les résultats de l'examen physique serviront de référence au moment de l'évaluation subséquente.



Absence de bruit intestinal

Il faut aviser rapidement le médecin si aucun bruit intestinal n'est perçu, car un iléus, une péritonite ou une obstruction intestinale complète sont des complications graves qui pourraient être la cause de ce symptôme.

14 **Installer la personne en position Fowler ou semi-Fowler.** Si cela est impossible, l'installer en position de décubitus latéral droit.	Car une inclinaison de 30° correspond à l'angle minimal requis pour prévenir le risque de bronchoaspiration.
15 **Mettre des gants non stériles.**	Pour se protéger des liquides gastriques de la personne et éviter la transmission d'agents pathogènes.

N'OUBLIEZ PAS !

Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.

Étapes préexécutoires	Justifications
16 **Effectuer un test de résidu gastrique** pour les sondes introduites dans l'estomac (*voir la méthode 7.5, à la page 402*).	Pour connaître le degré d'absorption de la préparation et la tolérance de la personne au gavage.
17 **Irriguer la sonde** avec 30 mL de solution d'irrigation à température ambiante.	Car cela permet de nettoyer la lumière de la sonde de tout résidu et de maintenir sa perméabilité.
ÉVALUATION	
18 **En présence d'une sonde de gastrostomie ou de jéjunostomie, évaluer l'état de la peau péristomiale** minimalement toutes les 8 heures.	Afin de détecter toute irritation ou rougeur causée par les enzymes des liquides pouvant s'écouler par la stomie.
ALERTE CLINIQUE **Emplacement et perméabilité de la sonde** Il faut toujours vérifier l'emplacement et la perméabilité de chaque sonde avant d'administrer une nutrition entérale. En effet, les petites sondes d'alimentation peuvent être introduites accidentellement dans les bronches sans provoquer de manifestations respiratoires apparentes, surtout chez une personne dont les réflexes pharyngés (nauséeux) et de toux sont diminués.	

Étapes exécutoires	Justifications
ÉVALUATION	
19 **Évaluer les connaissances de la personne** concernant son état de santé et le gavage qu'elle doit recevoir.	Afin de déterminer ses besoins en matière d'enseignement.
20 **Enseigner à la personne les effets attendus, l'action et les effets indésirables possibles** du gavage. L'encourager à poser des questions sur ce qu'elle ne comprend pas. Adapter l'enseignement à son degré de compréhension.	Car la personne adhérera davantage au traitement si elle comprend son utilité. Elle doit être informée au sujet des effets indésirables du gavage.
21 **Placer le piqué ou la serviette sur le thorax de la personne.**	Pour éviter de souiller les vêtements de la personne et la literie.
22 **Procéder à l'administration du gavage** selon l'une des méthodes suivantes. **22.1** Procéder à un gavage à la seringue (bolus). **22.2** Procéder à un gavage à l'aide d'une pompe.	
22.1 **Procéder à un gavage à la seringue (bolus).**	Ce type de gavage permet d'évaluer la tolérance de la personne à la préparation.
22.1.1 Remplir la seringue selon la quantité de préparation prescrite.	Afin d'assurer l'administration de toute la quantité avec un minimum de remplissage.

Étapes exécutoires	Justifications
22.1.2 Fermer le système en procédant comme suit. a) Système sans robinet d'irrigation : • Clamper la sonde à l'aide d'une pince hémostatique. La disjoindre du tube de raccordement de l'appareil d'aspiration, du tube du sac de drainage libre ou de la tubulure de gavage. • Tenir de la main non dominante ou déposer sur le piqué le tube de raccordement, le tube du sac de drainage libre ou la tubulure de gavage. b) Système avec robinet d'irrigation : • Fermer l'appareil à aspiration et clamper le tube de drainage. • Tenir le raccord sonde-tube de la main non dominante ou le déposer sur le piqué.	Car le clampage prévient l'introduction d'air dans le circuit ou l'écoulement de liquide gastrique sur la personne. Car le fait de fermer l'appareil et de clamper le tube évite l'introduction d'air dans le circuit.
22.1.3 Désinfecter vigoureusement le raccord sonde-tube avec un tampon d'alcool 70 %. Laisser sécher au moins 30 secondes en tenant la sonde de la main non dominante.	En présence de *C. difficile*, le mouvement mécanique du tampon d'alcool permet de déloger les bactéries. Pour permettre à l'alcool de produire son effet aseptisant.
22.1.4 Désabouter la sonde et y ajointer la seringue contenant le gavage. a) Système sans robinet d'irrigation : • Ajointer la seringue d'irrigation à la sonde. • Retirer la pince hémostatique. b) Système avec robinet d'irrigation : • Ajointer la seringue à la voie d'irrigation et ouvrir le robinet.	Afin de pouvoir administrer le gavage. Pour permettre l'administration de la préparation.
22.1.5 Tenir la seringue dirigée vers le sol et injecter lentement le gavage sans exercer une trop forte pression sur le piston. Reprendre la procédure jusqu'à l'administration complète de la préparation, sauf si la personne manifeste des signes d'intolérance. Le cas échéant, en aviser le médecin.	Car une administration trop rapide peut provoquer de la distension abdominale, de la diarrhée et des nausées. La préparation doit être administrée en totalité pour donner le résultat thérapeutique prévu.
22.1.6 Fermer le système. Répéter l'étape 22.1.2.	Pour éviter l'introduction d'air dans le circuit ou l'écoulement de la préparation de gavage sur la personne.
22.1.7 Désabouter la seringue et la rincer abondamment ou la changer, selon la politique de l'établissement.	Afin d'éviter que de la solution de gavage ne reste dans la tubulure au moment du rinçage.

Étapes exécutoires	Justifications
22.1.8 Désinfecter vigoureusement le raccord sonde-tube avec un tampon d'alcool 70 %.	En présence de *C. difficile*, le mouvement mécanique du tampon d'alcool permet de déloger les bactéries.
Laisser sécher au moins 30 secondes en tenant la sonde de la main non dominante.	Pour permettre à l'alcool de produire son effet aseptisant.
22.1.9 Ajointer la seringue contenant la solution d'irrigation à la sonde en procédant comme suit. a) Système sans robinet d'irrigation : • Ajointer la seringue d'irrigation à la sonde. • Retirer la pince hémostatique. b) Système avec robinet d'irrigation : • Ajointer la seringue à la voie d'irrigation et ouvrir le robinet.	Pour permettre l'irrigation.
22.1.10 Procéder à l'irrigation de la sonde avec 30 mL de solution d'irrigation, sans exercer une trop forte pression sur le piston.	Afin de faire pénétrer toute la préparation de gavage dans l'estomac ou dans le duodénum et de rincer la sonde.
22.1.11 Fermer le système avec le bouchon spécialement conçu à cet effet. Passer à l'étape 23. 	Pour éviter l'entrée d'air dans l'estomac et le reflux de la préparation de gavage.

SITUATION CLINIQUE

Vous avez terminé l'administration du bolus et l'irrigation de la sonde. Au moment de fermer la sonde avec le bouchon, vous échappez celui-ci par terre. Comment procédez-vous pour conserver l'embout stérile tout en maintenant la sonde clampée en attendant de trouver un autre bouchon ?

Étapes exécutoires	Justifications
22.2 Procéder à un gavage à l'aide d'une pompe.	
22.2.1 Utiliser le contenant scellé fourni par le service d'alimentation et y adapter la tubulure spécialement conçue à cet effet.	Car l'alimentation continue ou intermittente se fait au moyen d'une pompe à gavage.

N'OUBLIEZ PAS 

Il faut toujours fermer le contrôleur de débit de la tubulure avant d'insérer la fiche perforante dans le sac ou la bouteille de gavage afin d'éviter son écoulement rapide dans la tubulure.

Étapes exécutoires	Justifications
22.2.2 Préparer deux étiquettes pour identifier le contenant de préparation et la tubulure. Chaque étiquette doit comporter la date et l'heure de l'installation ainsi que les initiales de l'infirmière.	Afin de savoir depuis quand le contenant et la tubulure sont en place, ce qui permet de prévoir leur remplacement toutes les 24 heures.
22.2.3 Suspendre la bouteille ou le sac à la tige à perfusion.	Afin d'assurer que la solution est plus haute que la pompe à gavage.
22.2.4 Procéder au vide d'air de la tubulure en procédant comme suit. • Faire le vide d'air jusqu'à la chambre compte-gouttes. • Comprimer la chambre compte-gouttes et la relâcher pour la remplir jusqu'à la ligne de démarcation (environ la moitié). • Procéder au vide d'air du reste de la tubulure et ajointer celle-ci à la pompe. Omettre cette étape en présence d'une pompe de marque Kangaroo.	Afin d'éviter d'injecter de l'air dans la tubulure. Pour produire un effet de succion, permettant au liquide d'entrer dans la chambre compte-gouttes. L'orifice de stillation ne doit jamais être submergé afin que l'on puisse observer l'écoulement du gavage.

N'OUBLIEZ PAS 

Dans le cas d'une pompe de marque Kangaroo, il faut ajointer la tubulure à la pompe avant de faire le vide d'air. Par la suite, il faut procéder au vide d'air de la tubulure en suivant les instructions de la pompe.

Étapes exécutoires	Justifications
22.2.5 Désinfecter vigoureusement le raccord sonde-tube avec un tampon d'alcool 70 %. Laisser sécher au moins 30 secondes en tenant la sonde de la main non dominante.	En présence de *C. difficile*, le mouvement mécanique du tampon d'alcool permet de déloger les bactéries. Pour permettre à l'alcool de produire son effet aseptisant.
22.2.6 Désabouter la sonde et y ajointer la tubulure en procédant comme suit.  a) Système sans robinet d'irrigation : • Ajointer la seringue d'irrigation à la sonde. • Retirer la pince hémostatique. b) Système avec robinet d'irrigation : • Ajointer la seringue à la voie d'irrigation et ouvrir le robinet.	Pour permettre l'administration de la préparation.

Étapes exécutoires	Justifications
22.2.7 Déclamper la sonde et démarrer la pompe selon le débit prescrit. 	
22.2.8 Si la préparation est administrée de façon continue, rincer la tubulure toutes les 4 heures avec la quantité d'eau prescrite.	Pour nettoyer la lumière de la sonde de la préparation administrée et assurer sa perméabilité.

N'OUBLIEZ PAS 

En présence d'une pompe Kangaroo, il est possible de programmer la pompe pour que le rinçage se fasse automatiquement. Pour ce faire, il faut utiliser la tubulure en Y, laquelle permet d'installer un sac d'eau en plus de la bouteille de gavage.

23 **Jeter le piqué et les gants à la poubelle.**	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
24 **Aviser la personne qu'elle doit rester en position assise ou semi-assise** ou se coucher sur le côté droit avec la tête légèrement surélevée (au moins à 30°) pour la durée du gavage et pour les 15 à 30 minutes suivantes. Lui demander d'éviter tout mouvement qui pourrait exercer une pression sur l'abdomen pendant cette période.	Afin de favoriser le passage de la préparation de l'estomac au duodénum et de diminuer le risque d'aspiration bronchique, tout en facilitant la digestion.
25 **Inscrire au bilan des ingesta et des excreta les quantités de liquide utilisées** pour irriguer la sonde et administrées par gavage.	Afin d'assurer une évaluation précise de la quantité de gavage administrée.

N'OUBLIEZ PAS 

La personne nourrie par gavage doit être pesée tous les jours. La prise de poids progressive indique une amélioration de l'état nutritionnel. Cependant, si la prise de poids est trop rapide, par exemple de plus de 1 kg en 24 heures, il faut être attentif aux signes de rétention liquidienne.

26 à 30 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure d'administration ou d'installation du système de gavage.
- La quantité et le type de préparation nutritive administrée et la durée de l'administration.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- L'enseignement effectué.
- Toute donnée anormale observée pendant les évaluations ou l'alimentation entérale, s'il y a lieu, et les mesures prises dans un tel cas. **Il faut également transmettre ces données au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Marie-Josée Martin **Dossier 525874**

2021-05-20 09:00 1re adm. 100 mL Peptamen 1,5 en 10 min. Ø résistance à l'adm. ni à l'irr. Procédure bien tolérée. Adèle Sormany, inf.

MS 7.4

Notes



Test de résidu gastrique

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. **Vérifier l'ordonnance concernant la fréquence du test de résidu gastrique.**
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer le maintien d'un environnement propre.
9. Assurer l'intimité de la personne.
10. Régler la hauteur du lit.
11. **Installer la personne en position Fowler ou semi-Fowler.**
12. **Dans le cas d'une personne porteuse d'une sonde sous succion, fermer la prise d'air.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

13. **Mettre des gants non stériles.**
14. **Placer le piqué ou la serviette sur le thorax de la personne.**
15. **Interrompre le fonctionnement de la pompe à gavage.**
16. **Fermer le système.**
17. **Désinfecter vigoureusement le raccord sonde-tube.**
18. **Désabouter la sonde et y ajointer la seringue à irrigation vide.**
19. **Aspirer lentement le liquide gastrique.**
20. **Selon le volume du résidu gastrique retiré, réinjecter ou non le résidu et reprendre ou cesser le gavage.**
21. **Répéter le test de résidu gastrique toutes les 4 heures.**
22. **Jeter le piqué et les gants à la poubelle.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

23. **Aviser la personne qu'elle doit rester en position assise ou semi-assise.**
24. **Inscrire au bilan des ingesta et des excreta les quantités de liquide jetées ou utilisées.**
25. Réinstaller la personne dans le lit.
26. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
27. Procéder à l'hygiène des mains.
28. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
29. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

SITUATION CLINIQUE

MARIE-JOSÉE MARTIN, 40 ans, a été opérée pour une résection partielle de l'intestin grêle. Elle est actuellement alimentée par un gavage en continu à 80 mL/h.

Notions de base

La quantité de liquide recueillie par prélèvement gastrique varie en fonction de la vitesse de la vidange gastrique, de la digestion ou de l'absorption de l'alimentation entérale. Il peut être contre-indiqué de faire un test de résidu gastrique à la suite d'une chirurgie de l'estomac en raison du risque de bris des sutures ou d'hémorragie ; il convient de consulter l'ordonnance médicale à ce sujet. On ne doit pas prélever de résidu gastrique chez la personne qui porte une sonde nasoduodénale, de jéjunostomie ou de gastrostomie.

Matériel

- Solution d'irrigation prescrite (eau potable ou solution stérile) ❶
- Haricot ou autre contenant ❷
- Tampons d'alcool 70 % ❸
- Gants non stériles ❹
- Piqué jetable ou serviette ❺
- Seringue à irrigation ❻
- Pince hémostatique ❼
- Contenant gradué



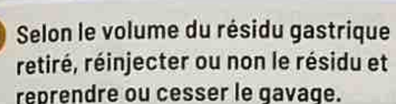
Étapes préexécutoires	Justifications
❶ Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).	
❷ **Vérifier l'ordonnance** (du médecin, de la nutritionniste ou de l'équipe de soins) **concernant la fréquence du test de résidu gastrique.**	Afin de réaliser le test de résidu gastrique aux moments opportuns.

N'OUBLIEZ PAS 

Il est généralement recommandé d'effectuer le test de résidu gastrique :
- avant de commencer un gavage ;
- à une fréquence rapprochée préétablie, le plus souvent toutes les 4 heures, par la suite jusqu'à ce que le dosage approprié soit déterminé.

Étapes préexécutoires	Justifications
3 à **10** Effectuer les étapes **C** à **J** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
11 **Installer la personne en position Fowler ou semi-Fowler.** Si cela est impossible, l'installer en position de décubitus latéral droit.	Car une inclinaison de 30° correspond à l'angle minimal requis pour prévenir le risque de bronchoaspiration.
12 **Dans le cas d'une personne porteuse d'une sonde sous succion, fermer la prise d'air** avant de procéder au prélèvement de résidu gastrique.	Pour éviter le reflux de liquide gastrique dans la prise d'air.

Étapes exécutoires	Justifications
13 **Mettre des gants non stériles.** **N'OUBLIEZ PAS !** Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.	Pour se protéger des liquides gastriques de la personne et éviter la transmission d'agents pathogènes.
14 **Placer le piqué ou la serviette sur le thorax de la personne.**	Pour éviter de souiller les vêtements de la personne et la literie.
15 **Interrompre le fonctionnement de la pompe à gavage,** le cas échéant. 	Pour éviter l'écoulement de la préparation lorsque la tubulure sera disjointe de la sonde.
16 **Fermer le système** en procédant comme suit. a) Système sans robinet d'irrigation : • Clamper la sonde à l'aide d'une pince hémostatique. La disjoindre du tube de raccordement de l'appareil d'aspiration, du tube du sac de drainage libre ou de la tubulure de gavage. • Tenir de la main non dominante ou déposer sur le piqué le tube de raccordement, le tube du sac de drainage libre ou la tubulure de gavage. b) Système avec robinet d'irrigation : • Fermer l'appareil à aspiration et clamper le tube de drainage. • Tenir le raccord sonde-tube de la main non dominante ou le déposer sur le piqué.	Car le clampage prévient l'introduction d'air dans le circuit ou l'écoulement de liquide gastrique sur la personne. Car le fait de fermer l'appareil et de clamper le tube évite l'introduction d'air dans le circuit.
17 **Désinfecter vigoureusement le raccord sonde-tube** avec un tampon d'alcool 70 %. Laisser sécher au moins 30 secondes en tenant la sonde de la main non dominante.	En présence de *C. difficile*, le mouvement mécanique du tampon d'alcool permet de déloger les bactéries. Pour permettre à l'alcool de produire son effet aseptisant.

Étapes exécutoires	Justifications
18 Désabouter la sonde et y ajointer la seringue à irrigation vide. a) Système sans robinet d'irrigation : • Ajointer la seringue d'irrigation à la sonde. • Retirer la pince hémostatique. b) Système avec robinet d'irrigation : • Ajointer la seringue à la voie d'irrigation et ouvrir le robinet.	Pour permettre l'aspiration du liquide gastrique.
19 Aspirer lentement le liquide gastrique. Si la quantité excède la capacité de la seringue, garder en tête la quantité et vider la seringue dans un haricot ou un autre contenant. Répéter la manœuvre jusqu'au retrait complet du contenu gastrique. Mesurer le volume total du résidu retiré.	Pour éviter d'irriter la muqueuse gastrique. Afin d'évaluer la qualité de l'absorption de la préparation de gavage.
 **20 Selon le volume du résidu gastrique retiré, réinjecter ou non le résidu et reprendre ou cesser le gavage.**  a) Volume du résidu gastrique inférieur à 200 mL : • Réinjecter le résidu. • Si l'ordonnance indique que le débit doit être augmenté, programmer la pompe selon le nouveau débit. • Ajointer la sonde à la tubulure du système de gavage et reprendre le gavage selon le débit prescrit. b) Volume du résidu gastrique supérieur à 200 mL et inférieur à 500 mL : • Ne pas réinjecter le résidu. • Si l'ordonnance indique que le débit doit être augmenté, ne pas le faire et aviser l'équipe traitante. • Ajointer la sonde à la tubulure du système de gavage et reprendre le gavage au même débit. c) Volume du résidu gastrique égal ou supérieur à 500 mL : • Ne pas réinjecter le résidu. • Aviser l'équipe traitante (nutritionniste, médecin ou infirmière clinicienne). • Irriguer la sonde avec 30 mL de solution d'irrigation et cesser le gavage.	Car le résidu gastrique est riche en électrolytes et en nutriments, et le réinjecter évite de perturber l'équilibre électrolytique. Car cela indique un ralentissement de la vidange gastrique ou un trouble d'absorption. Car cela peut indiquer l'absence de la vidange gastrique, un iléus ou une autre complication. Le gavage doit être suspendu pendant 4 heures.

N'OUBLIEZ PAS 

Les manifestations cliniques d'une intolérance à l'alimentation entérale sont :

- nausées ;
- vomissements ;
- douleur abdominale ;
- crampes ;
- ballonnements ;
- diarrhée ;
- constipation.

En présence d'au moins un de ces symptômes, il faut arrêter le gavage et aviser l'équipe traitante.

Étapes exécutoires	Justifications
 **Sang, particules ou sécrétions anormales dans le résidu gastrique** Il ne faut pas réinjecter un résidu qui contient du sang, des particules ou des sécrétions considérées comme anormales. Dans ce cas, il est important de ne pas reprendre le gavage et d'aviser l'équipe traitante.	

SITUATION CLINIQUE

Lors du test de résidu gastrique de madame Martin, vous retirez 210 mL de contenu gastrique. Que faites-vous ?

21 **Répéter le test de résidu gastrique toutes les 4 heures** pour 48 heures ou plus, selon l'ordonnance médicale.	Afin d'évaluer la vitesse de la vidange gastrique, de la digestion et de l'absorption de l'alimentation entérale.
22 **Jeter le piqué et les gants à la poubelle.**	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
23 **Aviser la personne qu'elle doit rester en position assise ou semi-assise** ou se coucher sur le côté droit avec la tête légèrement surélevée (au moins à 30°) pour la durée du gavage et pour les 15 à 30 minutes suivantes. Lui demander d'éviter tout mouvement qui pourrait exercer une pression sur l'abdomen pendant cette période.	Afin de favoriser le passage de la préparation de l'estomac au duodénum et de diminuer le risque d'aspiration bronchique, tout en facilitant la digestion.
24 **Inscrire au bilan des ingesta et des excreta les quantités de liquide jetées ou utilisées** pour l'irrigation.	Afin d'assurer une évaluation précise de la quantité de liquide ingérée.
25 à 29 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure de la mesure du résidu gastrique.
- L'aspect du liquide retiré, ainsi que la quantité de liquide jeté, le cas échéant.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- Toute donnée anormale observée pendant la procédure et les mesures prises dans un tel cas. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Marie-Josée Martin — **Dossier 525874**

2021-05-20 10:00 RG 210 mL de liquide beige, jeté. Gavage repris au même débit, 80 mL/h. Équipe de nutrition avisée. Procédure bien tolérée, aucune nausée. Adèle Sormany, inf.



Retrait d'une sonde nasogastrique ou nasoduodénale

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer le maintien d'un environnement propre.
9. Assurer l'intimité de la personne.
10. Régler la hauteur du lit.
11. **Procéder à l'examen physique abdominal de la personne.**
12. **Installer la personne en position Fowler ou semi-Fowler.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

13. **Clamper la tubulure du sac de drainage et fermer l'appareil d'aspiration ou la pompe à gavage.**
14. **Mettre des gants non stériles.**
15. **Placer le piqué ou la serviette sur le thorax de la personne.**
16. **Fermer le système.**
17. **Désabouter la sonde et la déposer sur le piqué.**
18. **Donner un mouchoir de papier à la personne.**
19. **Retirer délicatement le dispositif de fixation de la sonde.**
20. **Demander à la personne d'incliner la tête vers l'avant.**
21. **Saisir le piqué de la main non dominante et le placer sous la sonde.**
22. **Retirer la sonde de façon constante et rapide.**
23. **Enlever le gant de la main dominante en le retournant sur la sonde.**
24. **Retirer l'autre gant et jeter les deux gants avec la sonde et le piqué.**
25. **Proposer à la personne de se moucher.**
26. **Si les liquides sont permis, offrir quelques cubes de glace à la personne.**
27. **Effectuer les soins de bouche.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

28. **Inscrire au bilan des ingesta et des excreta les quantités de liquide jetées ou utilisées.**
29. Réinstaller la personne dans le lit.
30. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
31. Procéder à l'hygiène des mains.
32. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
33. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

MS 7.6

SITUATION CLINIQUE

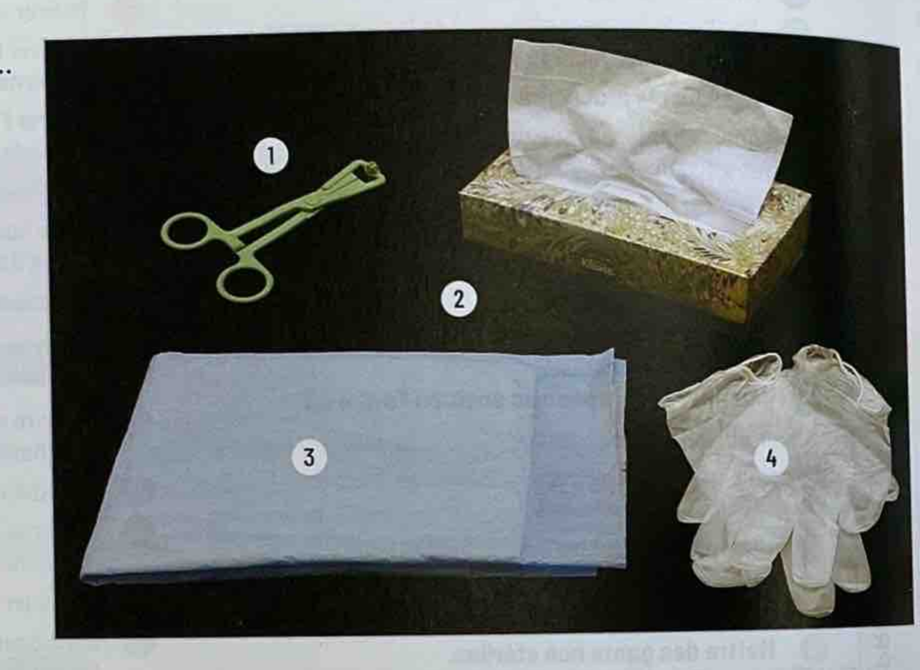
MARIE-JOSÉE MARTIN, 40 ans, est hospitalisée en raison d'une occlusion intestinale. À la suite de son rétablissement, le médecin a prescrit de retirer la sonde nasogastrique qu'elle porte.

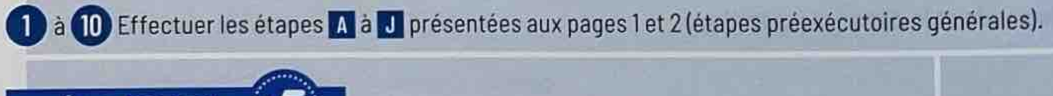
Notions de base

On retire la sonde nasogastrique ou nasoduodénale lorsque le traitement est terminé. Avant de retirer la sonde, il est important d'effectuer un examen physique abdominal complet. Les sondes doivent habituellement être clampées quelques heures avant leur retrait afin de valider la tolérance de la personne à une absence de drainage. L'absence de bruits intestinaux ou la présence de distension abdominale, de douleur ou de nausées constituent des contre-indications au retrait de la sonde.

Matériel

- Pince hémostatique 1
- Mouchoirs de papier 2
- Piqué jetable ou serviette 3
- Gants non stériles 4





Étapes préexécutoires	Justifications
1 à 10 Effectuer les étapes A à J présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	

ÉVALUATION

11 Procéder à l'examen physique abdominal de la personne. Lors de l'inspection, observer et déterminer la symétrie de l'abdomen et sa forme liée à la distension. Vérifier si la personne a des nausées. Lors de l'auscultation, noter le nombre de bruits ou l'absence de bruits intestinaux en spécifiant le quadrant. Lors de la palpation superficielle ou profonde, évaluer s'il y a présence de douleur.	Car la présence de nausées, la diminution ou l'absence de bruits intestinaux ainsi que la présence de douleur sont des indicateurs d'un ralentissement ou d'un arrêt du péristaltisme, constituant une contre-indication au gavage. Les résultats de l'examen physique serviront de référence au moment de l'évaluation subséquente.

Étapes préexécutoires	Justifications
 **Absence de bruit intestinal** Il faut aviser rapidement le médecin si aucun bruit intestinal n'est perçu, car un iléus, une péritonite ou une obstruction intestinale complète sont des complications graves qui pourraient être la cause de ce symptôme.	
SITUATION CLINIQUE Lors de l'auscultation abdominale de madame Martin, vous entendez un ou deux borborygmes par minute. Que faites-vous ?	
12 **Installer la personne en position Fowler ou semi-Fowler.** Si cela est impossible, l'installer en position de décubitus latéral droit.	Car une inclinaison de 30° correspond à l'angle minimal requis pour prévenir le risque de bronchoaspiration.

Étapes exécutoires	Justifications
13 Selon le cas, **clamper la tubulure du sac de drainage et fermer l'appareil d'aspiration ou la pompe à gavage.**	Afin d'éviter les fuites de liquide gastrique ou de gavage au moment du retrait de la sonde.
14 **Mettre des gants non stériles.** **N'OUBLIEZ PAS !** Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.	Pour se protéger des liquides gastriques de la personne et éviter la transmission d'agents pathogènes.
15 **Placer le piqué ou la serviette sur le thorax de la personne.**	Pour éviter de souiller les vêtements de la personne et la literie.
16 **Fermer le système** en procédant comme suit. a) Système sans robinet d'irrigation : • Clamper la sonde à l'aide d'une pince hémostatique. La disjoindre du tube de raccordement de l'appareil d'aspiration, du tube du sac de drainage libre ou de la tubulure de gavage. • Tenir de la main non dominante ou déposer sur le piqué le tube de raccordement, le tube du sac de drainage libre ou la tubulure de gavage. b) Système avec robinet d'irrigation : • Fermer l'appareil à aspiration et clamper le tube de drainage. • Tenir le raccord sonde-tube de la main non dominante ou le déposer sur le piqué.	Car le fait de fermer l'appareil et de clamper le tube prévient l'introduction d'air dans le circuit ou l'écoulement de liquide gastrique sur la personne.
17 **Désabouter la sonde et la déposer sur le piqué.**	Afin de faciliter son retrait.
18 **Donner un mouchoir de papier à la personne.**	Car elle voudra certainement se moucher à la suite du retrait de la sonde.

Étapes exécutoires	Justifications
19 **Retirer délicatement le dispositif de fixation de la sonde** apposé sur le nez de la personne.	
20 **Demander à la personne d'incliner la tête vers l'avant,** de prendre une bonne inspiration et de retenir son souffle.	Afin de fermer la glotte. Retenir son souffle protège également la personne d'une potentielle aspiration bronchique.
21 **Saisir le piqué de la main non dominante et le placer sous la sonde** près du menton de la personne.	Afin de couvrir la sonde lors de sa sortie.
22 **Retirer la sonde de façon constante et rapide** en l'enroulant autour de la paume de la main dominante. Laisser tomber l'extrémité de la sonde sur le piqué.	Afin de limiter l'inconfort de la personne et de s'assurer qu'elle peut retenir sa respiration pendant toute la durée du retrait.
23 **Enlever le gant de la main dominante en le retournant sur la sonde.**	Afin d'éviter les éclaboussures pouvant être causées par la manipulation de la sonde.
24 **Retirer l'autre gant et jeter les deux gants avec la sonde et le piqué** dans un sac à déchets biomédicaux.	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.
25 **Proposer à la personne de se moucher.**	Afin d'éliminer les sécrétions causées par le retrait de la sonde.
26 **Si les liquides sont permis, offrir quelques cubes de glace à la personne,** pour commencer, puis donner du liquide en augmentant la quantité progressivement selon la tolérance de la personne et l'ordonnance médicale.	Car la personne peut être soumise à une diète absolue (NPO) durant 24 heures.
27 **Effectuer les soins de bouche** en présence d'une sonde nasogastrique.	Pour préserver l'intégrité de la muqueuse buccale.

Étapes postexécutoires	Justifications
28 **Inscrire au bilan des ingesta et des excreta les quantités de liquide jetées ou utilisées** pour l'irrigation.	Afin d'assurer une évaluation préci[se] de la quantité de liquide ingérée.
29 à 33 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure du retrait de la sonde.
- L'état de la sonde à son retrait.
- Les caractéristiques du contenu drainé par la sonde nasogastrique ou nasoduodénale si celle-ci est reliée à un système de drainage libre ou d'aspiration.
- L'état de la peau de la narine ainsi que les mesures prises en cas de particularités telles qu'un saignement ou une démangeaison.
- La tolérance de la personne à l'hydratation, le cas échéant.
- Toute donnée anormale observée pendant la procédure. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Marie-Josée Martin **Dossier 525874**

2021-05-25 09:30 Ex. phys. abdo : présence de 1 ou 2 borborygmes à l'auscultation × 4 quadrants. Abdomen souple à la palpation, Ø douleur. Méd. avisé. Attendons pr retrait TNG. ________________ Adèle Sormany, inf.

Notes

SECTION

8 Fonctions d'élimination

RÉDACTION : **Carole Lemire**, inf., M. Éd.
RÉVISION SCIENTIFIQUE : **Marie-Christine Bertrand**, inf., M. Sc.

EN LIEN avec mes méthodes

Guide d'étude

J'optimise mes apprentissages en effectuant les activités proposées au chapitre 16, p. 65 à 68, au chapitre 17, p. 69 à 72, et au chapitre 27, p. 111 à 116.

Manuel

Chapitre 16 – Élimination urinaire, p. 488

Chapitre 17 – Élimination intestinale, p. 524

Chapitre 27 – Administration des médicaments, p. 878



Ressources en ligne

- Vidéo MS 8.4
- Grilles d'observation
- Solutionnaire – Questions liées aux situations cliniques



Installation d'un bassin hygiénique

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer le maintien d'un environnement propre.
9. Assurer l'intimité de la personne.

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

10. **Placer le lit à la hauteur recommandée.**
11. **Vérifier l'heure de la dernière miction de la personne. Vérifier la date et les caractéristiques de la dernière selle.**
12. **Évaluer la capacité de la personne à se mouvoir.**
13. **Évaluer la capacité de la personne à comprendre la procédure.**
14. **Procéder à l'examen physique abdominal de la personne.**
15. **Si le bassin hygiénique est en métal, le réchauffer en le rinçant à l'eau chaude.**
16. **Mettre des gants non stériles.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

17. **Procéder à l'installation du bassin hygiénique.**
    - 17.1 **Installer le bassin hygiénique à une personne alitée.**
    - 17.2 **Installer le bassin hygiénique à une personne alitée à mobilité réduite.**
18. **Évaluer les caractéristiques et la quantité de l'urine ou des selles, en vue de les consigner au dossier de la personne.**
19. **Couvrir le bassin hygiénique, aller le vider dans la toilette, le laver et le rincer.**
20. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

21. Réinstaller la personne dans le lit.
22. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
23. Procéder à l'hygiène des mains.
24. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
25. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.
26. **Avertir le médecin traitant ou l'infirmière responsable en cas de douleur, de spasmes vésicaux, de sang ou de débris tissulaires dans les selles ou dans l'urine.**

MS 8.1

SITUATION CLINIQUE

MARGARET WILSON, 65 ans, a subi une arthroplastie de la hanche droite à la suite d'une chute. Elle boit beaucoup d'eau (deux litres par jour) et ne porte pas de sonde urinaire.

Notions de base

Le bassin hygiénique est utilisé lorsque la personne ne peut se lever. Avant de procéder à son installation, il est important de vérifier la capacité de la personne à collaborer de manière à prévoir l'aide nécessaire, au besoin. Il est suggéré de ne pas laisser le bassin hygiénique en place plus de 10 à 15 minutes afin de prévenir l'inconfort chez la personne et de préserver l'intégrité de sa peau.

Matériel

- Bassin hygiénique (bassine) ordinaire ❶ ou orthopédique ❷
- Serviette, débarbouillette et savon, au besoin ❸
- Papier hygiénique ❹
- Piqué jetable ❺
- Gants non stériles ❻



Étapes préexécutoires	Justifications
1 à **9** Effectuer les étapes **A** à **I** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
10 **Placer le lit à la hauteur recommandée** selon les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB). Si les ridelles sont levées, abaisser celle du côté où l'on se tient ; si les ridelles sont abaissées, relever seulement celle de l'autre côté du lit.	Afin d'avoir un accès direct à la personne et de prévenir le risque de chute du côté opposé. La personne peut également s'aider de la ridelle levée afin de se replacer dans le lit.
11 **Vérifier l'heure de la dernière miction de la personne.** **Vérifier la date et les caractéristiques de la dernière selle,** en prenant connaissance de la fréquence d'élimination habituelle de la personne.	Afin de vérifier si la personne souffre de rétention urinaire, de constipation ou de diarrhée, et d'approfondir l'examen physique abdominal, au besoin.

Étapes préexécutoires	Justifications
ÉVALUATION ✓ 12 **Évaluer la capacité de la personne à se mouvoir** et prendre en compte ses restrictions physiques, le cas échéant.	Afin de prévoir l'aide nécessaire, au besoin.
ÉVALUATION ✓ 13 **Évaluer la capacité de la personne à comprendre la procédure** et à y collaborer.	Pour déterminer le degré d'autonomie de la personne quant à la procédure ou, le cas échéant, l'aide qui devra lui être apportée.
ÉVALUATION ✓ 14 **Procéder à l'examen physique abdominal de la personne.** Rechercher la présence ou l'absence de bruits intestinaux, de distension abdominale, de constipation, de douleur, de nausées ou d'un globe vésical.	Afin de recueillir des données de référence pour une évaluation ultérieure des fonctions d'élimination de la personne.
15 **Si le bassin hygiénique est en métal, le réchauffer en le rinçant à l'eau chaude.** Si c'est impossible, aviser la personne que le bassin pourra être froid. Si le bassin hygiénique est en plastique, il n'est pas nécessaire de le réchauffer avant son utilisation.	Pour favoriser le confort de la personne.
16 **Mettre des gants non stériles.** **N'OUBLIEZ PAS !** Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.	Pour se protéger des liquides biologiques de la personne et éviter la transmission d'agents pathogènes.

Étapes exécutoires	Justifications
17 **Procéder à l'installation du bassin hygiénique** selon l'une des méthodes suivantes. **17.1** Installer le bassin hygiénique à une personne alitée. **17.2** Installer le bassin hygiénique à une personne alitée à mobilité réduite. **N'OUBLIEZ PAS !** L'utilisation de la toilette ou de la chaise d'aisance devrait toujours prévaloir pour l'élimination afin de favoriser le maintien des capacités fonctionnelles chez la personne à risque de perte d'autonomie, et ce, en tout temps, si cela est permis. Le bassin hygiénique et l'urinal doivent être utilisés en dernier recours.	

SITUATION CLINIQUE

Madame Wilson demande le bassin hygiénique pour uriner.

a) Laquelle des deux méthodes allez-vous privilégier ? Justifiez votre réponse.

b) Quel type de bassin hygiénique allez-vous utiliser ? Justifiez votre réponse.

Étapes exécutoires	Justifications
17.1 Installer le bassin hygiénique à une personne alitée.	
17.1.1 Abaisser la tête du lit complètement ou le plus possible, selon la tolérance de la personne ou les restrictions liées à son état de santé.	Pour faciliter la mise en place du bassin hygiénique.
17.1.2 Demander à la personne de fléchir les genoux. 	Afin qu'elle ait plus de force pour soulever son bassin, ce qui facilitera la mise en place du bassin hygiénique.
N'OUBLIEZ PAS  Il est important de respecter les PDSB au moment de l'installation du bassin hygiénique.	
17.1.3 Placer la paume d'une main sous le sacrum de la personne, appuyer le coude sur le matelas et se servir de celui-ci comme levier. 	Car cette manœuvre diminue le risque de blessure au dos pour l'infirmière.
Demander à la personne de pousser avec ses pieds pour soulever ses fesses.	Car ce mouvement soulève le bassin de la personne et réduit l'effort que doit fournir l'infirmière pour mettre en place le bassin hygiénique.
17.1.4 Avec l'autre main, glisser le bassin hygiénique sous les fesses de la personne, la partie ouverte du bassin vers le pied du lit. 	Pour que la partie la plus basse du bassin hygiénique se trouve sous les fesses de la personne, ce qui est moins inconfortable pour elle.
17.1.5 Installer la personne en position semi-Fowler, Fowler ou Fowler haute, selon sa tolérance ou les restrictions liées à son état de santé.	Car ces positions favorisent l'élimination.
17.1.6 Placer la cloche d'appel et le papier hygiénique près de la personne. S'il faut mesurer l'urine (pour un bilan des ingesta et des excreta), avertir la personne de ne pas jeter le papier hygiénique dans le bassin hygiénique.	Pour que la personne puisse demander de l'aide, au besoin.
Remonter la ridelle.	Afin de réduire le risque de chute.
Laisser la personne seule (sauf si son état ne le permet pas).	Afin de respecter l'intimité de la personne pendant l'élimination.

Étapes exécutoires	Justifications
17.1.7 Lorsque la personne a terminé, placer la paume de la main sous son sacrum, appuyer le coude sur le matelas et se servir de celui-ci comme levier. Demander à la personne de pousser avec ses pieds pour soulever ses fesses, puis retirer le bassin hygiénique en le tenant fermement pendant la manœuvre. Passer à l'étape 18.	Car cette manœuvre diminue le risque de blessure au dos pour l'infirmière. Car ce mouvement soulève le bassin de la personne et réduit l'effort que doit fournir l'infirmière pour retirer le bassin hygiénique.
17.2 Installer le bassin hygiénique à une personne alitée à mobilité réduite.	
17.2.1 Abaisser la tête du lit complètement ou le plus possible, selon la tolérance de la personne ou les restrictions liées à son état de santé. 	Pour faciliter la mise en place du bassin hygiénique.
17.2.2 Aider la personne à s'installer en position de décubitus latéral, dos à soi.	
17.2.3 Appuyer fermement le bassin hygiénique contre les fesses de la personne et le matelas, la partie ouverte du bassin vers les pieds de la personne. 	En appuyant ainsi le bassin hygiénique, il sera plus facile de le mettre en place sous les fesses de la personne lorsque celle-ci reprendra la position de décubitus dorsal.
17.2.4 Tenir fermement le bassin hygiénique d'une main et placer l'autre main sur la crête iliaque de la personne. Demander à la personne de revenir en position dorsale en roulant sur le bassin hygiénique. Si la personne est incapable de se retourner seule, demander l'aide d'une autre intervenante. Le cas échéant, tenir le bassin hygiénique à deux mains pendant que l'autre intervenante aide la personne à se tourner sur le dos.	Tenir le bassin hygiénique ainsi évite qu'il se déplace pendant le changement de position de la personne.

ALERTE CLINIQUE

Risque de blessure au dos

Il est important d'éviter de forcer en installant le bassin hygiénique sous les fesses de la personne afin de diminuer le risque de blessure au dos (tant pour l'infirmière que pour la personne). On doit consulter les PDSB à cet effet.

Étapes exécutoires	Justifications
17.2.5 Installer la personne en position semi-Fowler, Fowler ou Fowler haute, selon sa tolérance ou les restrictions liées à son état de santé.	Car ces positions favorisent l'élimination.
17.2.6 Au besoin, placer une serviette roulée ou un oreiller sous la cambrure lombaire de la personne.	Pour améliorer le confort de la personne.
17.2.7 Placer la cloche d'appel et le papier hygiénique près de la personne. Remonter la ridelle. Laisser la personne seule (sauf si son état ne le permet pas).	Pour que la personne puisse demander de l'aide, au besoin. Afin de réduire le risque de chute. Afin de respecter l'intimité de la personne pendant l'élimination.
17.2.8 Lorsque la personne a terminé, abaisser la ridelle et la tête du lit. Lui demander de se tourner sur le côté, dos à soi, en s'aidant avec la ridelle du lit. Retirer le bassin en le tenant bien pendant la manœuvre.	Pour faciliter le retrait du bassin hygiénique. Pour éviter qu'il se renverse.

ÉVALUATION √

18 **Évaluer les caractéristiques et la quantité de l'urine ou des selles, en vue de les consigner au dossier de la personne.**	Afin d'anticiper un problème d'élimination, le cas échéant.
19 **Couvrir le bassin hygiénique** d'un piqué, **aller le vider dans la toilette, le laver** avec un savon antibactérien **et le rincer** à l'eau ou le porter directement au lave-bassin. Le bassin et l'urinal doivent être nettoyés après chaque utilisation et stérilisés au congé de la personne soignée, avant qu'ils puissent être réutilisés par une autre personne. S'il s'agit d'un bassin jetable, le jeter dans un sac à déchets biomédicaux.	Le jet de vapeur du lave-bassin demeure la meilleure façon d'éliminer complètement les agents pathogènes. Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.
20 **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
21 à 25 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
26 **Avertir le médecin traitant ou l'infirmière responsable** de la personne **en cas de douleur, de spasmes vésicaux, de sang ou de débris tissulaires dans les selles ou dans l'urine.**	Afin de permettre au médecin de suivre l'évolution de l'état de la personne et de la guider dans le choix d'un traitement approprié.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- Toute anomalie observée quant aux caractéristiques de l'urine ou des selles (p. ex. présence de sang ou de dépôt dans l'urine). **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Margaret Wilson **Dossier 785423**

2021-06-17 23:00 Bassin orthopédique installé pour mictions fréquentes en soirée. Procédure bien tolérée, douleur légère à la mobilisation. Francine Lavallée, inf.

Notes



Prélèvement d'un échantillon d'urine

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. **Demander à la personne de boire de 250 à 500 mL d'eau une demi-heure avant le prélèvement.**
4. Rassembler tout le matériel nécessaire.
5. Procéder à l'hygiène des mains.
6. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
7. Expliquer la procédure de soins à la personne.
8. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
9. Assurer le maintien d'un environnement propre.
10. Assurer l'intimité de la personne.

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

11. **Placer le lit à la hauteur recommandée.**
12. **Vérifier l'heure de la dernière miction de la personne.**
13. **Évaluer la capacité de la personne à se mouvoir.**
14. **Évaluer la capacité de la personne à comprendre la procédure.**
15. **Donner l'enseignement à la personne.**
16. **Procéder à l'examen physique abdominal de la personne.**
17. **Mettre des gants non stériles.**
18. **Placer le contenant à prélèvement stérile à portée de la main.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

19. **Demander à la personne de nettoyer sa région génitale. Retirer les gants et les jeter à la poubelle. Mettre de nouveaux gants non stériles.**
20. **Procéder au prélèvement de l'échantillon d'urine.**
    - 20.1 **Prélever un échantillon d'urine par mi-jet chez la femme.**
    - 20.2 **Prélever un échantillon d'urine par mi-jet chez une femme alitée.**
    - 20.3 **Prélever un échantillon d'urine par mi-jet chez l'homme.**
    - 20.4 **Prélever un échantillon d'urine chez une personne porteuse d'une sonde vésicale.**
21. **Évaluer les caractéristiques et la quantité de l'urine, en vue de les consigner au dossier de la personne.**
22. **Nettoyer l'extérieur du contenant de toute trace d'urine.**
23. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**
24. **Coller l'étiquette d'identification sur l'échantillon.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

25. **Placer l'échantillon identifié dans un sac de transport biorisque et la requête dans la pochette extérieure.**
26. **Aider la personne à effectuer ses soins d'hygiène périnéaux.**
27. **Donner une lingette désinfectante à la personne.**
28. Réinstaller la personne dans le lit.
29. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
30. Procéder à l'hygiène des mains.
31. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
32. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.
33. **Avertir le médecin traitant ou l'infirmière responsable en cas de douleur, de spasmes vésicaux, de sang ou de débris tissulaires dans l'urine.**
34. **Envoyer l'échantillon au laboratoire.**

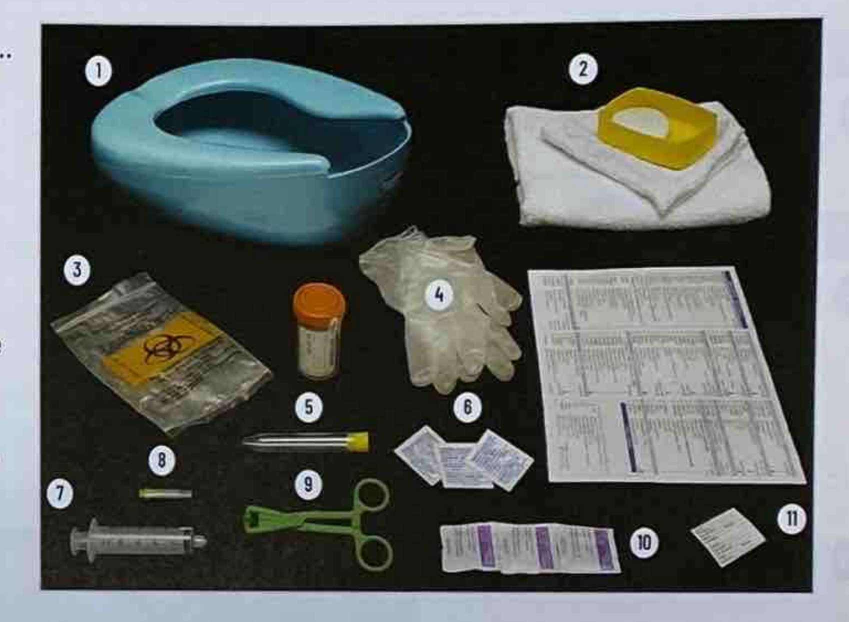
SITUATION CLINIQUE

MARGARET WILSON, 65 ans, a subi une arthroplastie de la hanche droite à la suite d'une chute. Comme elle a été opérée en urgence, l'analyse et la culture d'urine n'ont pas été faites à l'admission.

Notions de base

Le prélèvement d'urine s'effectue pendant une miction naturelle ou au moyen d'une sonde. Il n'est pas nécessaire de recueillir de façon stérile les échantillons d'urine aux fins d'analyse biochimique. Par contre, les échantillons prélevés à des fins d'analyse et de culture microbiologiques, pour recherche de bactéries et antibiogramme, exigent, quant à eux, d'être recueillis de façon stérile et obligatoirement par la méthode du mi-jet afin d'éviter que la flore résidente au pourtour du méat urinaire les contamine. Tant pour les analyses que pour les cultures, il faut recueillir de préférence la première miction du matin, par la méthode du mi-jet.

Matériel



Prélèvement par mi-jet

- Bassin hygiénique (pour une femme) ou urinal (pour un homme) avec contenant stérile, si la personne ne peut se déplacer ❶
- Savon antiseptique, débarbouillette et serviette ❷
- Sac biorisque à fermeture à glissière (de type Ziploc[MD]) ❸
- Gants non stériles ❹
- Contenant stérile (analyse et culture microbiologiques) ou non stérile (analyse biochimique) ❺
- Tampons d'alcool 70 % ❻
- Serviettes antiseptiques ❿
- Requête de laboratoire et étiquette d'identification de la personne ⓫

Prélèvement chez une personne porteuse d'une sonde vésicale

- Sac biorisque à fermeture à glissière (de type Ziploc[MD]) ❸
- Gants non stériles ❹
- Contenant stérile (analyse et culture microbiologiques) ou non stérile (analyse biochimique) ❺
- Tampons d'alcool 70 % ❻
- Seringue de 30 mL ❼
- Aiguille de calibre 20 pour une sonde sans bague de prélèvement ❽
- Pince hémostatique ❾
- Serviettes antiseptiques ❿
- Requête de laboratoire et étiquette d'identification de la personne ⓫

Étapes préexécutoires	Justifications
1 et **2** Effectuer les étapes **A** et **B** présentées à la page 1 (étapes préexécutoires générales).	
3 **Demander à la personne de boire de 250 à 500 mL d'eau une demi-heure avant le prélèvement,** sauf si cela est contre-indiqué.	Afin de remplir la vessie de la personne.
4 à **10** Effectuer les étapes **C** à **I** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
11 **Placer le lit à la hauteur recommandée** selon les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB). Si les ridelles sont levées, abaisser celle du côté où l'on se tient ; si les ridelles sont abaissées, relever seulement celle de l'autre côté du lit.	Afin d'avoir un accès direct à la personne et de prévenir le risque de chute du côté opposé. La personne peut également s'aider de la ridelle levée afin de se replacer dans le lit.
12 **Vérifier l'heure de la dernière miction de la personne.**	Afin d'évaluer si la vessie a eu le temps de se remplir.
ÉVALUATION  **13** **Évaluer la capacité de la personne à se mouvoir** et prendre en compte son niveau d'équilibre et ses restrictions physiques, le cas échéant.	Afin de prévoir l'aide nécessaire, au besoin.
ÉVALUATION  **14** **Évaluer la capacité de la personne à comprendre la procédure** et à y collaborer.	Pour déterminer le degré d'autonomie de la personne quant à la procédure ou, le cas échéant, l'aide qui devra lui être apportée. La personne doit pouvoir uriner sur demande et avoir le contrôle de ses sphincters.
15 **Donner l'enseignement à la personne** au sujet du prélèvement d'urine par mi-jet.	Afin qu'elle comprenne la procédure et ce qui est attendu d'elle.
ÉVALUATION  **16** **Procéder à l'examen physique abdominal de la personne.** Palper l'abdomen au-dessus de la région sus-pubienne pour déceler la présence de distension abdominale, de douleur ou d'un globe vésical.	Afin de recueillir des données de référence pour une évaluation ultérieure des fonctions d'élimination urinaire de la personne.
17 **Mettre des gants non stériles.** N'OUBLIEZ PAS  Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.	Pour se protéger des liquides biologiques de la personne et éviter la transmission d'agents pathogènes.

Étapes préexécutoires	Justifications
Placer le contenant à prélèvement stérile à portée de la main. S'assurer qu'il est bien scellé.	Pour permettre l'accès au contenant sans risque de contamination.
Dévisser le couvercle sans en toucher l'intérieur et le déposer du côté extérieur sur une surface propre. 	L'intérieur du contenant ou du couvercle doit demeurer stérile. Si ceux-ci ont été touchés accidentellement, il faut les considérer comme contaminés et prendre un nouveau contenant.

SITUATION CLINIQUE

Madame Wilson comprend les consignes et peut procéder seule au prélèvement à la salle de bain. Par contre, elle craint de faire des dégâts en gérant les deux petits pots pendant qu'elle urine, surtout celui en forme de tube. Que lui direz-vous ?

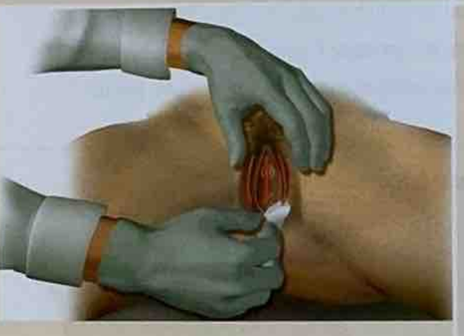
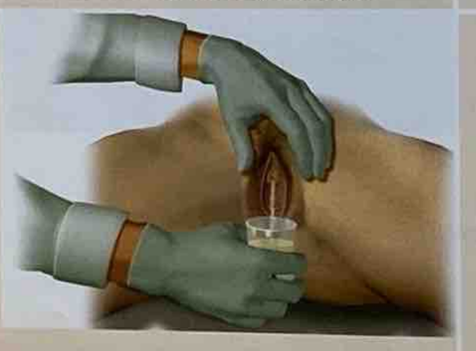
Étapes exécutoires	Justifications
Demander à la personne de nettoyer sa région génitale à l'eau et au savon. Au besoin, aider la personne ou le faire à sa place (*voir la méthode 2.1, étape 23.8, à la page 44*).	Car la personne peut préférer se laver elle-même, ce qui est moins embarrassant et respecte sa pudeur.
Une fois les soins d'hygiène terminés, **retirer les gants et les jeter à la poubelle. Mettre de nouveaux gants non stériles.**	Pour éviter la transmission d'agents pathogènes.
Procéder au prélèvement de l'échantillon d'urine selon l'une des méthodes suivantes. **20.1** Prélever un échantillon d'urine par mi-jet chez la femme. **20.2** Prélever un échantillon d'urine par mi-jet chez une femme alitée. **20.3** Prélever un échantillon d'urine par mi-jet chez l'homme. **20.4** Prélever un échantillon d'urine chez une personne porteuse d'une sonde vésicale.	
20.1 Prélever un échantillon d'urine par mi-jet chez la femme.	
20.1.1 Demander à la personne d'écarter les petites lèvres avec la main non dominante et de nettoyer la région vestibulaire avec une serviette antiseptique, du méat urinaire vers l'anus. Lui demander de répéter la procédure avec une deuxième serviette antiseptique. Lui demander de maintenir les lèvres écartées pendant qu'elle effectue le prélèvement. 	Afin de prévenir la contamination de l'échantillon d'urine par la flore résidente de la région vestibulaire.

Étapes exécutoires	Justifications
20.1.2 Demander à la personne d'amorcer sa miction dans la toilette et de l'arrêter après quelques millilitres. Lui dire de placer ensuite le contenant stérile sous le méat urinaire, sans toucher l'intérieur du contenant et en évitant que des poils pubiens n'entrent en contact avec celui-ci, puis de reprendre sa miction jusqu'à l'obtention d'au moins 15 mL (analyse biochimique) ou 30 mL (culture microbiologique) d'urine.	Comme les premiers millilitres d'urine contiennent des micro-organismes provenant de la partie distale de l'urètre et du méat urinaire, il est important qu'ils ne se retrouvent pas dans le prélèvement, car cela pourrait fausser le résultat.
20.1.3 Dire à la personne de retirer ensuite le contenant stérile et de terminer sa miction dans la toilette. Passer à l'étape 21.	

N'OUBLIEZ PAS



On doit indiquer sur la requête de laboratoire si la personne a ses règles. Le sang menstruel et les débris qu'il contient modifient le résultat de l'analyse.

Étapes exécutoires	Justifications
20.2 Prélever un échantillon d'urine par mi-jet chez une femme alitée.	
20.2.1 Installer la personne sur le bassin hygiénique (*voir la méthode 8.1, à la page 413*).	Afin d'éviter de souiller la literie.
20.2.2 Écarter les petites lèvres de la personne à l'aide du pouce et de l'index de la main non dominante. Avec la main dominante, nettoyer la région vestibulaire au moyen d'une serviette antiseptique, du méat urinaire vers l'anus. Répéter la procédure avec une deuxième serviette antiseptique. 	Pour avoir accès au vestibule et à l'orifice du vagin.
20.2.3 Maintenir les petites lèvres de la personne écartées et lui demander d'amorcer la miction dans le bassin hygiénique. Après quelques millilitres, lui demander de retenir sa miction et glisser le contenant stérile sous le méat urinaire. Dire à la personne de reprendre sa miction et recueillir au moins 15 mL (analyse biochimique) ou 30 mL (culture microbiologique) d'urine. 	Comme les premiers millilitres d'urine contiennent des micro-organismes provenant de la partie distale de l'urètre et du méat urinaire, il est important qu'ils ne se retrouvent pas dans le prélèvement, car cela pourrait fausser le résultat.

Étapes exécutoires	Justifications
20.2.4 Retirer le contenant, relâcher les petites lèvres et laisser la personne terminer sa miction dans le bassin hygiénique. Passer à l'étape 21.	
20.3 Prélever un échantillon d'urine par mi-jet chez l'homme.	
20.3.1 Demander à la personne de saisir son pénis avec sa main non dominante et de nettoyer son gland avec une serviette antiseptique, en effectuant un mouvement circulaire du méat vers la base du gland. L'aider, au besoin. 	Car aseptiser la région du méat urinaire évite que la flore résidente du gland contamine l'échantillon d'urine.
N'OUBLIEZ PAS  Chez les hommes non circoncis, le prépuce doit être rétracté avant la désinfection.	
20.3.2 Demander à la personne d'amorcer sa miction dans la toilette (ou dans un urinal non stérile pour la personne ne pouvant se déplacer) et de l'arrêter après quelques millilitres.  Avertir la personne que le gland ne doit pas toucher l'urinal. Le cas échéant, refaire la désinfection du gland. Lui dire de tenir ensuite le contenant stérile sous le méat urinaire et de reprendre la miction jusqu'à l'obtention d'au moins 15 mL (analyse biochimique) ou 30 mL (culture microbiologique) d'urine. Tenir le contenant stérile pour la personne, au besoin.	Comme les premiers millilitres d'urine contiennent des microorganismes provenant de la partie distale de l'urètre et du méat urinaire, il est important qu'ils ne se retrouvent pas dans le prélèvement, car cela pourrait fausser le résultat.
20.3.3 Retirer le contenant stérile et laisser la personne terminer sa miction dans la toilette ou dans l'urinal. Passer à l'étape 21.	
20.4 Prélever un échantillon d'urine chez une personne porteuse d'une sonde vésicale.	
N'OUBLIEZ PAS  Le prélèvement doit être fait à partir d'urine provenant directement de la vessie, car l'urine contenue dans le sac est stagnante et peut contenir plus de microorganismes pathogènes, ce qui fausserait le résultat.	

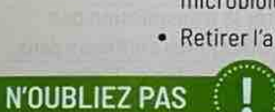
Étapes exécutoires	Justifications
20.4.1 Avant de procéder au prélèvement, drainer l'urine présente dans la sonde et clamper celle-ci sous la bague de prélèvement (ou la jonction sonde-tubulure en l'absence de bague) à l'aide d'une pince hémostatique pendant 20 à 30 minutes maximum. 	Le clampage de la sonde permet l'accumulation d'urine dans la vessie et dans la partie supérieure de la tubulure de drainage. Ce délai permet d'accumuler suffisamment d'urine pour procéder au prélèvement.

ALERTE CLINIQUE

Risque de distension de la vessie

Il ne faut jamais clamper la sonde vésicale durant plus de 30 minutes, car la personne pourrait être incommodée par la distension de sa vessie.

Étapes exécutoires	Justifications
20.4.2 Procéder à la désinfection de la bague de prélèvement ou de la branche du cathéter, selon le cas.	Pour éviter de contaminer le prélèvement par des bactéries qui pourraient y être présentes.
a) Bague de prélèvement : désinfecter la bague de prélèvement avec un tampon d'alcool 70 % et laisser sécher pendant au moins 30 secondes. 	Ce délai permet à l'alcool de produire son effet aseptisant.
b) Branche du cathéter : en l'absence d'une bague de prélèvement, désinfecter la branche du cathéter raccordée à la tubulure de drainage avec un tampon d'alcool 70 % et laisser sécher pendant au moins 30 secondes. 	Ce délai permet à l'alcool de produire son effet aseptisant.

Étapes exécutoires	Justifications
20.4.3 Prélever l'échantillon d'urine. a) Seringue sans aiguille :  • Ajointer la seringue à la bague de prélèvement. • Aspirer la quantité d'urine requise pour le test (au moins 15 mL pour une analyse biochimique ou 30 mL pour une culture microbiologique). • Retirer la seringue. b) Seringue avec aiguille : • Insérer l'aiguille dans la branche désinfectée du cathéter dans un angle de 30 à 45° en pointant vers la vessie. • Aspirer la quantité d'urine requise pour le test (au moins 15 mL pour une analyse biochimique ou 30 mL pour une culture microbiologique). • Retirer l'aiguille.  Il faut éviter d'ouvrir le circuit afin de prévenir tout risque de contamination.	
20.4.4 Verser la quantité requise dans le contenant à prélèvement. Visser hermétiquement le couvercle du contenant à prélèvement. 	Afin d'éviter les fuites d'urine.
20.4.5 Retirer la pince hémostatique.	Le retrait de la pince permet la reprise du drainage urinaire.

Étapes exécutoires	Justifications
ÉVALUATION	
21 **Évaluer les caractéristiques et la quantité de l'urine, en vue de les consigner au dossier de la personne.**	Afin d'anticiper un problème d'élimination, le cas échéant.
22 **Nettoyer l'extérieur du contenant de toute trace d'urine** avec un tampon d'alcool 70 %.	Pour prévenir le risque de transmission d'agents pathogènes.
23 **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.
24 **Coller l'étiquette d'identification sur l'échantillon** et y joindre la requête de laboratoire en y indiquant la date et l'heure du prélèvement, ainsi que le nom du préleveur.	Pour éviter toute erreur d'identification.

Étapes postexécutoires	Justifications
25 **Placer l'échantillon identifié dans un sac de transport biorisque et la requête dans la pochette extérieure.**	Pour assurer le transport des matières biologiques de manière sécuritaire et éviter la contamination de la requête.
26 **Aider la personne à effectuer ses soins d'hygiène périnéaux** ou lui apporter le matériel pour qu'elle le fasse elle-même.	Pour favoriser le maintien de l'intégrité de la peau.
27 **Donner une lingette désinfectante à la personne** pour qu'elle se nettoie les mains.	Pour éviter la transmission des agents pathogènes contenus dans les matières fécales ou l'urine.
28 à 32 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
33 **Avertir le médecin traitant ou l'infirmière responsable** de la personne **en cas de douleur, de spasmes vésicaux, de sang ou de débris tissulaires dans l'urine.**	Afin de permettre au médecin de suivre l'évolution de l'état de la personne et de la guider dans le choix d'un traitement approprié.
34 **Envoyer l'échantillon au laboratoire** dans un délai maximal de 2 heures, ou le mettre immédiatement au réfrigérateur et l'envoyer au laboratoire dans un délai maximal de 24 heures. **N'OUBLIEZ PAS !** Il est essentiel d'analyser rapidement les prélèvements afin d'obtenir les résultats les plus précis possible.	Le respect de ces délais diminue la prolifération des bactéries dans l'urine.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure du prélèvement.
- La méthode de prélèvement.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- Toute anomalie observée quant aux caractéristiques de l'urine (p. ex. présence de sang ou de dépôt). **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Margaret Wilson **Dossier 785423**

2021-05-18 09:00 Prélèvement fait pour analyse et culture d'urine. Bonne collaboration. Échantillon envoyé au laboratoire. Daniel Bruneau, inf.

Notes



Installation d'un condom urinaire

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer le maintien d'un environnement propre.
9. Assurer l'intimité de la personne.
10. **Placer le lit à la hauteur recommandée.**
11. **Vérifier l'heure de la dernière miction de la personne.**
12. **Évaluer la capacité de la personne à se mouvoir.**
13. **Évaluer la capacité de la personne à comprendre la procédure.**
14. **Procéder à l'examen physique abdominal de la personne.**
15. **Choisir la taille de condom appropriée.**
16. **Préparer le sac de drainage.**

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

17. **Installer la personne en position de décubitus dorsal.**
18. **Placer un piqué sous les fesses de la personne.**
19. **Mettre des gants non stériles.**
20. **Plier les draps de façon à ne découvrir que les organes génitaux.**
21. **Examiner l'état de la peau du pénis et du gland.**
22. **Procéder aux soins d'hygiène des organes génitaux.**
23. **Couper les poils à la base du pénis.**
24. **Tenir le pénis. Placer le condom urinaire sur le gland, puis le dérouler doucement.**
25. **Enrouler une bande adhésive élastique en spirale autour du pénis sur le condom.**
26. **Ajointer la tubulure de drainage à l'extrémité du condom urinaire.**
27. **Fixer le sac à la cuisse de la personne.**
28. **Retirer le piqué et les gants, et les jeter à la poubelle.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

29. **Demander à la personne de signaler toute sensation de malaise dans la région du pénis.**
30. **Évaluer les caractéristiques et la quantité de l'urine, en vue de les consigner au dossier de la personne.**
31. Réinstaller la personne dans le lit.
32. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
33. Procéder à l'hygiène des mains.
34. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
35. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.
36. **Avertir le médecin traitant ou l'infirmière responsable en cas de douleur, de spasmes vésicaux, de sang ou de débris tissulaires dans l'urine.**
37. **Inspecter le pénis 30 minutes après la mise en place du condom urinaire.**
38. **Enlever le condom urinaire au moins une fois par jour et le changer.**

SITUATION CLINIQUE

ALBERT FERRERA, 82 ans, souffre d'incontinence urinaire. Il préfère le condom urinaire à la culotte d'incontinence, car ainsi il est toujours au sec. Par contre, il ne peut l'installer lui-même en raison d'arthrose sévère aux mains.

Notions de base

Le condom urinaire (ou étui pénien) est utilisé chez la personne souffrant d'incontinence et qui ne porte pas de sonde urinaire. Il doit être changé tous les jours afin de procéder aux soins d'hygiène des organes génitaux de la personne et d'éviter toute atteinte à l'intégrité de la peau. Le condom urinaire comporte peu de risques d'infection comparativement à la sonde vésicale.

Matériel

- Bassine, savon antiseptique, débarbouillette et serviette 1
- Sac de drainage à demeure 2 ou à la cuisse 3
- Piqué jetable 4
- Gants non stériles 5
- Ciseaux 6
- Condom urinaire en latex (de taille appropriée) 7
- Bande adhésive élastique 8



Étapes préexécutoires	Justifications
1 à 9 Effectuer les étapes A à I présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
10 **Placer le lit à la hauteur recommandée** selon les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB). Si les ridelles sont levées, abaisser celle du côté où l'on se tient ; si les ridelles sont abaissées, relever seulement celle de l'autre côté du lit.	Afin d'avoir un accès direct à la personne et de prévenir le risque de chute du côté opposé. La personne peut également s'aider de la ridelle levée afin de se replacer dans le lit.
11 **Vérifier l'heure de la dernière miction de la personne.**	Afin d'évaluer s'il y a présence de rétention urinaire.

Étapes préexécutoires	Justifications
 ÉVALUATION **12** **Évaluer la capacité de la personne à se mouvoir** et prendre en compte ses restrictions physiques, le cas échéant.	Afin de prévoir l'aide nécessaire, au besoin. Afin de déterminer le type de dispositif collecteur à utiliser (sac à cuisse ou sac de drainage à demeure).
 ÉVALUATION **13** **Évaluer la capacité de la personne à comprendre la procédure** et à y collaborer. Lui donner les renseignements pertinents concernant l'utilisation du condom urinaire.	Pour déterminer le degré d'autonomie de la personne quant à la procédure ou, le cas échéant, l'aide qui devra lui être apportée.
 ÉVALUATION **14** **Procéder à l'examen physique abdominal de la personne.** Palper l'abdomen au-dessus de la région sus-pubienne pour déceler la présence de distension abdominale, de douleur ou d'un globe vésical.	Afin de recueillir des données de référence pour une évaluation ultérieure des fonctions d'élimination urinaire de la personne.
 ÉVALUATION **15** **Choisir la taille de condom appropriée** à la personne.	L'information concernant la taille figure sur l'emballage.
16 **Préparer le sac de drainage.** a) Sac à la cuisse : • Fermer la pince de vidange du sac. • Déposer le sac sur le lit. b) Sac à demeure : • Fermer la pince de vidange du sac. • Fixer le sac au cadre du lit. • Insérer la tubulure de drainage entre le cadre du lit et la ridelle. • Déposer la tubulure sur le lit. 	Afin d'avoir accès rapidement au matériel de drainage une fois le condom urinaire mis en place. Fixer le sac au lit évite qu'il traîne par terre. Il ne faut pas fixer le sac à la ridelle afin d'éviter qu'il soit placé plus haut que la vessie lorsque la ridelle est montée.

Étapes exécutoires	Justifications
17 **Installer la personne en position de décubitus dorsal** selon sa tolérance ou les restrictions liées à son état de santé. Demander de l'aide, au besoin.	Pour faciliter l'accès aux organes génitaux.

Étapes exécutoires	Justifications
18 **Placer un piqué sous les fesses de la personne.**	Afin d'éviter de souiller la literie.
19 **Mettre des gants non stériles.**	Pour se protéger des liquides biologiques de la personne et éviter la transmission d'agents pathogènes.
20 **Plier les draps de façon à ne découvrir que les organes génitaux.**	Afin de respecter la pudeur de la personne.
21 **Examiner l'état de la peau du pénis et du gland.** Vérifier la présence d'œdème, de lésions cutanées ou de rougeur. Le cas échéant, traiter la région jusqu'à ce qu'elle retrouve son aspect normal et attendre 24 heures avant de mettre le condom urinaire. Utiliser un protecteur cutané, au besoin.	La rougeur peut indiquer une inflammation des tissus ou une réaction au matériel du condom ou à l'humidité provoquée par le port de celui-ci.

ALERTE CLINIQUE

Contre-indication en cas d'allergie au latex

Il est important de demander à la personne si elle est allergique au latex. Dans l'affirmative, il faut plutôt utiliser un condom urinaire sans latex (à base de silicone, de PVC ou de polyuréthane, par exemple).

Étapes exécutoires	Justifications
22 **Procéder aux soins d'hygiène des organes génitaux** (*voir la méthode 2.1, étape 23.8, à la page 44*). Bien sécher la peau.	Car le condom urinaire se déroule plus facilement sur une peau sèche.
23 **Couper les poils à la base du pénis.**	Car les poils peuvent se coller au condom ou à la bande adhésive et nuire à l'adhérence de ce dernier.
Ne pas utiliser de rasoir à lames, mais plutôt une tondeuse électrique ou des ciseaux.	Car le rasoir à lames peut provoquer des microlésions, ce qui pourrait entraîner un inconfort ou causer une infection.
24 **Tenir le pénis** de la main non dominante. De l'autre main, **placer le condom urinaire sur le gland, puis le dérouler doucement** sur le pénis. S'assurer que l'espace entre le gland et le réservoir au bout du condom est minimal, sinon le condom risque de s'enrouler sur lui-même, et l'urine ne pourra pas s'écouler dans le sac de drainage.	

Étapes exécutoires	Justifications
25 **Enrouler une bande adhésive élastique en spirale autour du pénis sur le condom.** Certains modèles de condom urinaire sont autoadhésifs. Dans ce cas, suivre les directives du fabricant.  	La bande adhésive favorise une meilleure adhésion du condom.

ALERTE CLINIQUE

Risque de constriction ou d'entrave à la circulation sanguine

Les tours d'enroulement de la bande adhésive ne doivent pas se chevaucher en raison du risque d'étranglement du corps pénien. Aussi, il ne faut pas utiliser de rubans autres que ceux fournis par les fabricants, car ils pourraient ne pas avoir l'élasticité nécessaire pour s'enrouler en spirale, ce qui entraverait la circulation sanguine dans le pénis.

Étapes exécutoires	Justifications
26 **Ajointer la tubulure de drainage à l'extrémité du condom urinaire** et s'assurer qu'elle n'est pas coudée. 	Car une tubulure coudée empêche l'urine de s'écouler librement et peut occasionner une rétention urinaire.
27 Dans le cas d'un sac à la cuisse, **fixer le sac à la cuisse de la personne.** 	Pour éviter qu'il se déplace.
28 **Retirer le piqué et les gants, et les jeter à la poubelle.**	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
29 **Demander à la personne de signaler toute sensation de malaise dans la région du pénis** (p. ex. un engourdissement, de la froideur, une congestion).	Afin d'évaluer si la circulation sanguine est entravée dans la région du pénis.

Étapes postexécutoires	Justifications
ÉVALUATION	
30 **Évaluer les caractéristiques et la quantité de l'urine, en vue de les consigner au dossier de la personne.**	Afin d'anticiper un problème d'élimination, le cas échéant.
31 à 35 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
36 **Avertir le médecin traitant ou l'infirmière responsable** de la personne **en cas de douleur, de spasmes vésicaux, de sang ou de débris tissulaires dans l'urine.**	Afin de permettre au médecin de suivre l'évolution de l'état de la personne et de la guider dans le choix d'un traitement approprié.
ÉVALUATION	
37 **Inspecter le pénis 30 minutes après la mise en place du condom urinaire** et au moins une fois par quart de travail par la suite.	Car un condom urinaire mal installé peut causer des fuites d'urine, de l'œdème, incommoder la personne ou entraver la circulation sanguine dans le pénis.

SITUATION CLINIQUE

Lors de l'évaluation 30 minutes après la mise en place du condom urinaire, monsieur Ferrera vous mentionne qu'il a l'impression que son pénis est engourdi. Que faites-vous ?

Étapes postexécutoires	Justifications
38 **Enlever le condom urinaire au moins une fois par jour,** au moment des soins d'hygiène, **et le changer.**	
Observer la peau du pénis et noter la présence de signes d'irritation ou de lésions, le cas échéant.	Pour évaluer l'intégrité de la peau et procéder au traitement, le cas échéant.
	Afin d'ajuster la bande adhésive dans le cas où elle serait trop serrée, trop lâche ou mal positionnée.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure de l'installation du condom urinaire.
- L'état de la peau du pénis et les habitudes de miction de la personne.
- La réaction de la personne et sa collaboration.

NOTES D'ÉVOLUTION

Albert Ferrera — **Dossier 430822**

2021-06-17	07:00	Mise en place d'un condom urinaire avec sac à la cuisse. Peau intacte.
2021-06-17	07:30	Évaluation 30 minutes postinstallation. Se plaint d'un léger engourdissement au pénis. Absence de rougeur ou d'œdème. Bande adhésive retirée et réinstallée moins serrée. Marie Nadeau, CEPI



Cathétérisme vésical et installation d'une sonde vésicale à ballonnet (à demeure)

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer le maintien d'un environnement propre.
9. Assurer l'intimité de la personne.
10. **Placer le lit à la hauteur recommandée.**
11. **Vérifier l'heure de la dernière miction de la personne.**
12. **Évaluer la capacité de la personne à se mouvoir.**
13. **Évaluer la capacité de la personne à comprendre la procédure.**
14. **Procéder à l'examen physique abdominal de la personne.**
15. **Vérifier s'il y a présence : de tout problème pouvant nuire à l'insertion d'une sonde ; d'allergies ; d'un érythème ou de rougeurs ; de tout signe d'infection.**
16. **Déterminer la taille du cathéter à utiliser.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

17. **Dans le cas d'une sonde à ballonnet, préparer le sac de drainage.**
18. **Fixer le sac à déchets avec du ruban adhésif à l'extrémité de la table.**
19. **Aider la personne à prendre la position appropriée.**
20. **Placer un piqué sous les fesses de la personne.**
21. **Plier les draps de façon à ne découvrir que les organes génitaux.**
22. **Dans le cas d'une femme, éclairer la région périnéale au moyen de la lampe de chevet.**
23. **Ouvrir l'emballage extérieur de la sonde. Ouvrir le plateau à cathétérisme.**
24. **Saisir le premier champ stérile. Le déplier et le déposer sur le lit.**
25. **Mettre des gants stériles.**
26. **Verser la solution antiseptique sur les tampons d'ouate stériles.**
27. **Ouvrir l'enveloppe de lubrifiant et vider son contenu.**
28. **Saisir la seringue remplie d'eau stérile, retirer son capuchon et la placer sur le champ stérile.**
29. **Saisir la sonde et l'extraire de son emballage.**
30. **Lubrifier la sonde. La déposer dans le récipient stérile.**
31. **Couvrir le périnée de la personne avec le champ stérile fenestré.**
32. **Déposer le récipient stérile et son contenu sur le champ stérile.**
33. **Procéder à la désinfection du méat urinaire de la personne.**
    - **33.1 Désinfecter le méat urinaire de la femme.**
    - **33.2 Désinfecter le méat urinaire de l'homme.**
34. **Procéder à l'introduction de la sonde.**
    - **34.1 Introduire la sonde chez la femme.**
    - **34.2 Introduire la sonde chez l'homme.**
35. **Prélever un échantillon d'urine.**
36. **Ajointer la sonde à la tubulure du système de drainage.**
37. **Déchirer le champ fenestré et le retirer.**
38. **Fixer la sonde à ballonnet.**
39. **S'assurer qu'il n'y a pas de fuite d'urine.**
40. **Réinstaller la personne de façon confortable.**
41. **Mesurer la quantité d'urine recueillie.**
42. **Évaluer les caractéristiques et la quantité de l'urine, en vue de les consigner au dossier de la personne.**
43. **Jeter l'urine et le contenant. Jeter le sac à déchets.**
44. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**

Cathétérisme vésical et installation d'une sonde vésicale à ballonnet (à demeure) (*suite*)

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

45 **Aider la personne à effectuer ses soins d'hygiène périnéaux.**

46 Réinstaller la personne dans le lit.

47 Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.

48 Procéder à l'hygiène des mains.

49 Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.

50 Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

51 **Avertir le médecin traitant ou l'infirmière responsable en cas de douleur, de spasmes vésicaux, de sang ou de débris tissulaires dans l'urine.**

SITUATION CLINIQUE

LUCIE TREMBLAY, 68 ans, a été opérée pour la pose d'une prothèse totale de la hanche droite. La sonde urinaire a été retirée ce matin. Madame Tremblay n'a toujours pas uriné malgré plusieurs tentatives et elle se sent inconfortable. Vous procédez à l'examen physique et palpez un globe vésical. L'appareil d'imagerie de la vessie (*bladder scan*) confirme qu'il y a présence de 1 127 mL d'urine dans la vessie. Vous avisez le médecin qui demande de réinstaller une sonde vésicale à ballonnet à madame Tremblay.

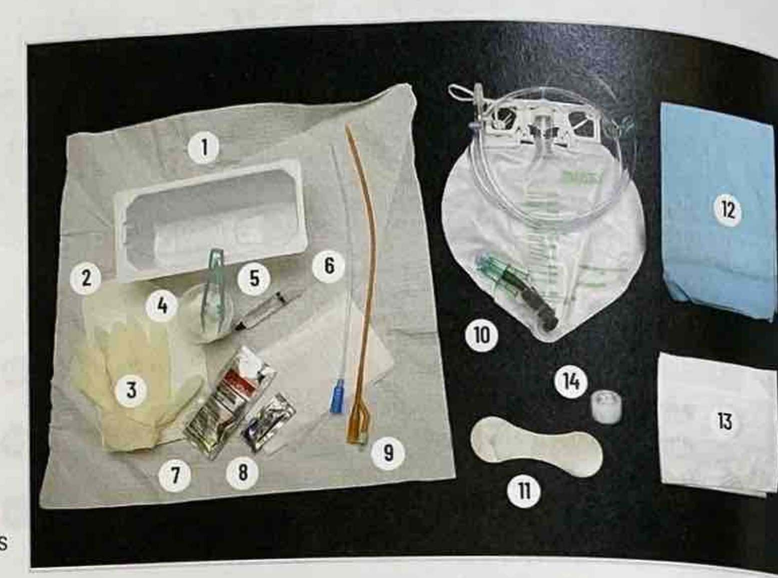
Notions de base

Le cathétérisme a pour but de recueillir un échantillon d'urine stérile à des fins d'analyse, de vider la vessie de façon ponctuelle ou de favoriser la reprise de la miction libre à l'aide d'une sonde vésicale plus rigide qui ne demeure pas en place dans la vessie.

La sonde vésicale à ballonnet est installée pour une période plus ou moins longue, afin d'assurer un drainage constant de l'urine chez une personne incontinente ou pour évaluer la diurèse horaire d'une personne instable sur le plan hémodynamique. Le calibre de la sonde est fonction de l'âge et du sexe de la personne (enfant, homme ou femme).

MS 8.4

Matériel



- Nécessaire à cathétérisme :
  - récipient pour recueillir l'urine 1
  - deux champs stériles, dont un fenestré 2
  - gants stériles 3
  - contenant en plastique avec cinq tampons d'ouate stériles 4
  - pinces stériles 5
  - seringue de 10 mL d'eau stérile 6
  - solution antiseptique (Proviodine[MD] ou autre) 7
  - lubrifiant hydrosoluble 8
- Sonde vésicale de calibre et de type appropriés (à ballonnet ou cathétérisme) 9
- Sac de drainage muni d'attaches (si installation d'une sonde à ballonnet) 10
- Dispositif pour fixer la sonde à la cuisse 11
- Piqué jetable 12
- Sac à déchets (en plastique, de préférence) 13
- Ruban adhésif 14

Étapes préexécutoires	Justifications
1 à 9 Effectuer les étapes A à I présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
10 **Placer le lit à la hauteur recommandée** selon les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB). Si les ridelles sont levées, abaisser celle du côté où l'on se tient ; si les ridelles sont abaissées, relever seulement celle de l'autre côté du lit.	Afin d'avoir un accès direct à la personne et de prévenir le risque de chute du côté opposé. La personne peut également s'aider de la ridelle levée afin de se replacer dans le lit.
11 **Vérifier l'heure de la dernière miction de la personne.**	Afin d'évaluer si la vessie a eu le temps de se remplir.
ÉVALUATION  12 **Évaluer la capacité de la personne à se mouvoir** et prendre en compte ses restrictions physiques, le cas échéant.	Afin de prévoir l'aide nécessaire, au besoin.

Étapes préexécutoires	Justifications
ÉVALUATION	
13 **Évaluer la capacité de la personne à comprendre la procédure** et à y collaborer.	Pour déterminer le degré d'autonomie de la personne quant à la procédure ou, le cas échéant, l'aide qui devra lui être apportée.
ÉVALUATION	
14 **Procéder à l'examen physique abdominal de la personne.** Palper l'abdomen au-dessus de la région sus-pubienne pour déceler la présence de distension abdominale, de douleur ou d'un globe vésical.	Afin de recueillir des données de référence pour une évaluation ultérieure des fonctions d'élimination urinaire de la personne.
ÉVALUATION	
15 **Vérifier s'il y a présence :**	
• **de tout problème pouvant nuire à l'insertion d'une sonde** (p. ex. une hypertrophie de la prostate). Le cas échéant, aviser le médecin afin qu'il prescrive une sonde de type Tiemann[MD], Couvelaire[MD] ou autre ;	L'hypertrophie de la prostate peut provoquer l'occlusion partielle de l'urètre.
• **d'allergies** (iode, diachylon, latex). Le cas échéant, utiliser une solution de rechange telle que le gluconate de chlorhexidine (Hibitane Skin Cleanser[MD] ou ORO-Clense[MD]) ou une sonde en silicone ;	Afin de prévenir une réaction allergique.
• **d'un érythème ou de rougeurs** dans la région périnéale ;	Pour éviter d'augmenter l'irritation lors des soins d'hygiène.
• **de tout signe d'infection,** comme un écoulement ou une odeur nauséabonde provenant de la région périnéale.	Pour veiller à ne pas transmettre d'agents pathogènes de la flore transitoire vers les voies urinaires lors de l'installation de la sonde.

ALERTE CLINIQUE

Recours à une sonde béquillée

L'utilisation d'une sonde urinaire béquillée (coudée) peut causer des blessures et entraîner des complications chez la personne soignée. L'infirmière qui manipule ce matériel doit avoir une expérience avec ce type de dispositif et posséder des compétences particulières.

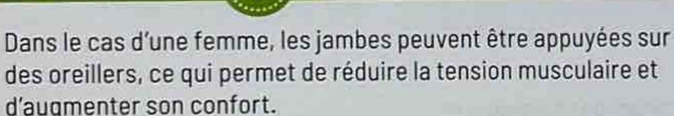
Étapes préexécutoires	Justifications
16 **Déterminer la taille du cathéter à utiliser** en fonction de l'âge et du sexe de la personne ou conformément à l'ordonnance médicale.	Selon la situation clinique, le médecin peut prescrire une sonde de calibre différent de celui indiqué dans le tableau ci-contre.

Âge / sexe	Taille du cathéter
Enfant de 3 à 8 ans	8 Fr
Enfant de plus de 8 ans	Fille : 10 à 12 Fr / Garçon : 8 à 10 Fr
Femme	12 à 14 Fr
Homme	14 à 18 Fr

Sources : Hockenberry, Wilson et Rodgers (2019) ; Newman (2017).

Étapes exécutoires	Justifications
17 Dans le cas d'une sonde à demeure, préparer le sac de drainage. • Fermer la pince de vidange du sac. • Fixer le sac au cadre du lit, près du pied de lit. • Insérer la tubulure de drainage entre le cadre du lit et la ridelle. • Déposer la tubulure sur le lit en maintenant le capuchon protecteur en place. 	Pour permettre d'ajointer rapidement la sonde urinaire à la tubulure du sac collecteur. Fixer le sac au lit évite qu'il traîne par terre. Il ne faut pas fixer le sac à la ridelle afin d'éviter qu'il soit placé plus haut que la vessie lorsque la ridelle est montée. Afin de maintenir la tubulure stérile jusqu'au raccordement à la sonde urinaire.
18 Fixer le sac à déchets avec du ruban adhésif à l'extrémité de la table qui sera placée entre la personne et le champ stérile. 	Afin de permettre un accès au sac à déchets en évitant de passer au-dessus du champ stérile pour jeter le matériel souillé, ce qui risquerait de contaminer le matériel stérile.
19 Aider la personne à prendre la position appropriée, selon sa tolérance ou les restrictions liées à son état de santé. a) Pour la femme : position gynécologique (décubitus dorsal, genoux fléchis et orientés vers l'extérieur). b) Pour l'homme : décubitus dorsal, cuisses légèrement écartées.	 Cette position facilite l'accès aux organes génitaux.

N'OUBLIEZ PAS !



Dans le cas d'une femme, les jambes peuvent être appuyées sur des oreillers, ce qui permet de réduire la tension musculaire et d'augmenter son confort.

SITUATION CLINIQUE

Étant donné la situation de madame Tremblay, la position gynécologique peut poser problème. Expliquez pourquoi et comment vous prévoyez remédier à cette difficulté.

20 Placer un piqué sous les fesses de la personne.	Afin d'éviter de souiller la literie.
21 Plier les draps de façon à ne découvrir que les organes génitaux.	Afin de respecter la pudeur de la personne.

Étapes exécutoires	Justifications
22 **Dans le cas d'une femme, éclairer la région périnéale au moyen de la lampe de chevet**, au besoin.	Afin de mieux voir le méat urinaire.
23 **Ouvrir l'emballage extérieur de la sonde** en rabattant sa partie supérieure et le fixer avec du ruban adhésif à la table sans contaminer l'emballage intérieur. 	Fixer l'emballage extérieur à la table facilite l'extraction de la sonde de l'emballage intérieur le moment venu.
Ouvrir le plateau à cathétérisme en évitant d'en contaminer le contenu. Le matériel contenu dans le plateau est disposé selon l'ordre d'utilisation (*voir la méthode 1.3, à la page 18*).	Une asepsie rigoureuse évite d'introduire des agents pathogènes dans la vessie.
24 **Saisir le premier champ stérile** par un coin sans le contaminer. 	Le champ stérile peut être manipulé par son pourtour (2,5 cm).
Le déplier et le déposer sur le lit entre les cuisses de la personne, puis en ramener le bord supérieur sous ses fesses. 	

ALERTE CLINIQUE

Risque de contamination du matériel

Il est important de maintenir la stérilité du champ, car ce dernier peut être utilisé pour y déposer le matériel contenu dans le plateau à cathétérisme. Une asepsie rigoureuse évite de contaminer le matériel pendant sa manipulation.

Étapes exécutoires	Justifications
25 **Mettre des gants stériles.**	Afin de manipuler le matériel stérile sans le contaminer.

Étapes exécutoires		Justifications
26 **Verser la solution antiseptique sur les tampons d'ouate stériles** déposés dans le contenant prévu à cet effet. Jeter le sachet vide.		Ces tampons serviront à désinfecter les organes génitaux.
27 **Ouvrir l'enveloppe de lubrifiant et vider son contenu** sur le champ stérile s'il est plastifié ou dans le récipient s'il ne l'est pas. Jeter le sachet vide.		
28 **Saisir la seringue remplie d'eau stérile, retirer son capuchon et la placer sur le champ stérile.**		L'eau stérile contenue dans la seringue servira à gonfler le ballonnet de la sonde.
29 **Saisir la sonde et l'extraire de son emballage** intérieur sans la contaminer. En cas de contamination de la sonde, la jeter et ouvrir un nouvel emballage en prenant soin de mettre de nouveaux gants stériles une fois l'emballage ouvert. 		Afin de maintenir la stérilité de la sonde.
30 **Lubrifier la sonde** sur une longueur de 5 à 7 cm pour une femme et sur une longueur de 15 à 20 cm pour un homme. **La déposer dans le récipient stérile.**		Car une sonde lubrifiée s'insère plus facilement et prévient l'irritation et le traumatisme de la muqueuse urétrale. L'urètre de l'homme est plus long (≈ 20 cm) que celui de la femme (≈ 4 cm).

Étapes exécutoires	Justifications
31 **Couvrir le périnée de la personne** (homme ou femme) **avec le champ stérile fenestré** en laissant les organes génitaux à découvert. L'utilisation de ce champ peut être facultative chez la femme.  	Afin d'augmenter la surface de travail stérile. L'utilisation de ce champ chez une femme agitée ou obèse n'est pas recommandée en raison du risque de contamination du matériel stérile.
32 **Déposer le récipient stérile et son contenu sur le champ stérile,** entre les cuisses de la personne.	Afin d'y accéder facilement au moment de l'intervention.
33 **Procéder à la désinfection du méat urinaire de la personne** selon l'une des méthodes suivantes. **33.1** Désinfecter le méat urinaire de la femme. **33.2** Désinfecter le méat urinaire de l'homme. **ALERTE CLINIQUE** **Manipulation du matériel stérile** La main non dominante en contact avec la peau des grandes lèvres ou avec le pénis est considérée comme contaminée. On ne doit pas l'utiliser pour manipuler le matériel stérile.	Pour éviter la transmission des agents pathogènes de la région périnéale à la vessie.
33.1 **Désinfecter le méat urinaire de la femme.**	
33.1.1 De la main non dominante, écarter doucement les lèvres vaginales avec l'index et le pouce en remontant vers le mont de Vénus, de façon à exposer le méat urinaire. Maintenir les lèvres écartées au cours de la procédure.  **N'OUBLIEZ PAS**  Si l'on relâche accidentellement les lèvres pendant la procédure, il faut recommencer la désinfection.	Afin de bien voir le méat urinaire et de prévenir sa contamination pendant la procédure.

Étapes exécutoires	Justifications
33.1.2 De la main dominante stérile, saisir la pince et prendre un des cinq tampons imbibés de solution antiseptique.  Procéder à la désinfection de haut en bas, du clitoris vers l'anus en changeant de tampon à chaque étape et en procédant dans l'ordre suivant : 1. les grandes lèvres (un tampon par lèvre) ; 2. les petites lèvres (un tampon par lèvre) ; 3. le méat urinaire (un tampon). Jeter les tampons au fur et à mesure dans le sac à déchets. Passer à l'étape 34.	L'utilisation d'un tampon différent pour chaque mouvement prévient la transmission d'agents pathogènes. La désinfection s'effectue de la région la moins contaminée vers la région la plus contaminée.
33.2 Désinfecter le méat urinaire de l'homme.	
33.2.1 De la main non dominante, prendre le pénis juste au-dessous du gland.  Si l'homme n'est pas circoncis, rétracter le prépuce. Délicatement, avec le pouce et l'index, faire une légère pression au bout du gland pour écarter le méat urinaire. Maintenir le méat écarté au cours de l'intervention.	Le gland doit être bien dégagé pour offrir une bonne vue du méat urinaire.
ALERTE CLINIQUE **Risque de paraphimosis** S'il y a résistance, on ne doit pas rétracter le prépuce, car il y a risque d'étranglement à la base du gland (paraphimosis).	
33.2.2 De la main dominante stérile, prendre avec la pince un tampon imbibé de solution antiseptique et désinfecter le méat.  Procéder par mouvements circulaires, du méat urinaire jusqu'à la base du gland. Jeter le tampon dans le sac à déchets. Répéter l'opération trois fois en changeant de tampon chaque fois.	La désinfection s'effectue de la région la moins contaminée vers la région la plus contaminée. L'utilisation de tampons différents prévient la transmission d'agents pathogènes.

Étapes exécutoires	Justifications
N'OUBLIEZ PAS ! Si l'on relâche accidentellement le prépuce ou le pénis pendant la procédure, il faut recommencer la désinfection.	
34 **Procéder à l'introduction de la sonde** selon l'une des méthodes suivantes. **34.1** Introduire la sonde chez la femme. **34.2** Introduire la sonde chez l'homme.	
34.1 Introduire la sonde chez la femme.	
34.1.1 De la main dominante, prendre la sonde à environ 7,5 à 10 cm de l'extrémité à insérer dans l'urètre. Laisser l'autre extrémité dans le plateau.	Le récipient recueillera l'urine qui s'écoule de la vessie.
34.1.2 Demander à la personne de pousser légèrement comme si elle allait uriner et introduire lentement la sonde dans le méat urinaire en maintenant les lèvres écartées.	Le fait que la personne pousse décontracte le sphincter externe, ce qui facilite l'introduction de la sonde.
34.1.3 Introduire la sonde sur une longueur de 5 à 7 cm ou jusqu'à ce que l'urine apparaisse. Insérer la sonde de 1 à 2 cm supplémentaires, sans forcer.	L'apparition de l'urine indique que l'extrémité de la sonde est dans la vessie. Car le ballonnet doit se trouver dans la vessie et non dans l'urètre.
34.1.4 Relâcher les lèvres et bien tenir la sonde de la main non dominante. Placer l'extrémité de la sonde au-dessus du récipient.	Car une contraction de la vessie ou du sphincter peut provoquer l'expulsion accidentelle de la sonde.
34.1.5 Laisser la vessie se vider. a) Cathétérisme vésical : laisser la vessie se vider complètement, sauf en présence de restriction concernant la vidange de la vessie ou d'ordonnance médicale particulière à ce sujet, puis retirer la sonde.	Il est à noter que la capacité vésicale se situe généralement entre 800 et 1 000 mL.

Étapes exécutoires	Justifications
b) Sonde à ballonnet : gonfler le ballonnet avec la quantité d'eau stérile recommandée par le fabricant, puis exercer une légère traction sur la sonde. Laisser la vessie se vider complètement, sauf en présence de restriction concernant la vidange de la vessie ou d'ordonnance médicale particulière à ce sujet.  Passer à l'étape 35.	Le ballonnet gonflé maintient la sonde en place. Le fait que la sonde demeure en place confirme que le ballonnet est suffisamment gonflé.

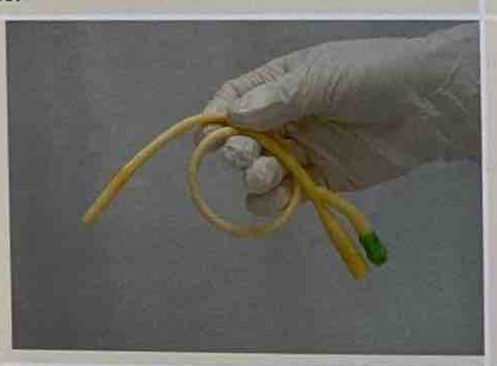
ALERTE CLINIQUE

Douleur, résistance ou malaise

En présence de résistance ou de douleur au moment du gonflement du ballonnet, il faut arrêter de gonfler et pousser la sonde un peu plus loin pour atteindre la vessie, puis reprendre le gonflement.

SITUATION CLINIQUE

Vous savez qu'il y a plus d'un litre (1 127 mL) d'urine dans la vessie de madame Tremblay. Que pourriez-vous faire pour éviter que le contenant déborde ?

Étapes exécutoires	Justifications
34.2 **Introduire la sonde chez l'homme.**	
34.2.1 De la main dominante, prendre la sonde à environ 7,5 à 10 cm de l'extrémité à insérer dans l'urètre. Tenir l'autre extrémité de la sonde enroulée lâchement dans la main dominante ou la laisser dans le récipient stérile. 	Ces manœuvres visent à éviter la contamination de la sonde et à faciliter sa manipulation.
34.2.2 De la main non dominante, saisir le pénis et le tenir perpendiculairement au corps de la personne.	Redresser le canal urétral facilite l'insertion de la sonde.
34.2.3 Demander à la personne de pousser légèrement comme si elle allait uriner et introduire lentement la sonde dans le méat urinaire jusqu'à sentir une légère résistance. Appuyer alors fermement la sonde contre le sphincter sans forcer. Attendre quelques secondes pour permettre au sphincter de se relâcher et introduire doucement la sonde.	Il est normal de sentir une certaine résistance au niveau du sphincter prostatique.

Étapes exécutoires		Justifications
34.2.4 Abaisser le pénis à un angle d'environ 60° et continuer à introduire la sonde sur une longueur de 15 à 20 cm, ou jusqu'à ce que l'urine s'écoule.		L'urètre de l'homme adulte est plus long. L'écoulement d'urine indique que l'extrémité de la sonde est dans la vessie.
Lorsque l'urine apparaît, insérer la sonde de 2 à 4 cm supplémentaires.		Insérer la sonde un peu plus profondément permet de gonfler le ballonnet dans la vessie plutôt que dans l'urètre.

ALERTE CLINIQUE

Contre-indication en cas de résistance

En présence de résistance, il faut retirer la sonde et en aviser le médecin. On ne doit jamais forcer son insertion.

34.2.5 Baisser complètement le pénis et bien tenir la sonde. Placer l'extrémité de la sonde au-dessus du récipient.		Car une contraction de la vessie ou du sphincter peut provoquer l'expulsion accidentelle de la sonde.
34.2.6 Laisser la vessie se vider. a) Cathétérisme vésical : laisser la vessie se vider complètement, sauf en présence de restriction concernant la vidange de la vessie ou d'ordonnance médicale particulière à ce sujet, puis retirer la sonde.		Il est à noter que la capacité vésicale se situe généralement entre 800 et 1 000 mL.
b) Sonde à ballonnet : gonfler le ballonnet avec la quantité d'eau stérile recommandée par le fabricant, puis exercer une légère traction sur la sonde. Laisser la vessie se vider complètement, sauf en présence de restriction concernant la vidange de la vessie ou d'ordonnance médicale particulière à ce sujet.		Le ballonnet gonflé maintient la sonde en place. Le fait que la sonde demeure en place confirme que le ballonnet est suffisamment gonflé.

Étapes exécutoires	Justifications
34.2.7 Remonter le prépuce sur le gland.	Car un paraphimosis peut se produire si le prépuce n'est pas replacé sur le gland.
35 **Prélever un échantillon d'urine** aux fins d'analyse selon le protocole ou l'ordonnance médicale (*voir la méthode 8.2, étape 20.4, à la page 425*).	
 **Surveillance des signes vitaux** Il est important de surveiller l'état de la personne. Si un changement des signes vitaux survient, il faut arrêter temporairement l'écoulement de l'urine en clampant le tube relié au sac de drainage avec une pince hémostatique ou avec la pince du sac de la tubulure, puis reprendre le drainage lorsque l'état de la personne est revenu à la normale.	
36 Dans le cas d'une sonde à demeure, **ajointer la sonde à la tubulure du système de drainage.** 	Pour permettre le drainage libre de l'urine par le sac de drainage.
37 **Déchirer le champ fenestré et le retirer.** Dans le cas d'un cathétérisme vésical, passer à l'étape 40.	
38 **Fixer la sonde à ballonnet.**	
a) Chez la femme : sans exercer de traction sur la sonde, fixer celle-ci à l'intérieur de la cuisse à l'aide d'un dispositif de fixation ou d'une bande adhésive hypo-allergénique, en laissant suffisamment de jeu.	Pour diminuer le risque de traction accidentelle sur l'urètre et de lésions tissulaires consécutives à cette traction.
b) Chez l'homme : sans exercer de traction sur la sonde, fixer celle-ci sur la partie supérieure de la cuisse au moyen d'un dispositif de fixation ou d'une bande adhésive hypoallergénique, en laissant suffisamment de jeu. 	Pour diminuer le risque de traction accidentelle sur l'urètre à la jonction du pénis et du scrotum ainsi que le risque de lésions tissulaires consécutives à cette traction.
39 **S'assurer qu'il n'y a pas de fuite d'urine** à la jonction sonde-tubulure. Aviser la personne qu'elle ressentira une envie d'uriner ou la sensation que la sonde va sortir. Cette sensation disparaîtra au bout de 10 à 30 minutes.	Une fuite peut indiquer que la sonde est trop petite ou que la personne a des spasmes vésicaux.
40 **Réinstaller la personne de façon confortable.**	
41 **Mesurer la quantité d'urine recueillie** à l'étape 34.1.5 (femme) ou 34.2.6 (homme).	

Étapes exécutoires	Justifications
ÉVALUATION	
42 **Évaluer les caractéristiques et la quantité de l'urine, en vue de les consigner au dossier de la personne.**	Afin d'anticiper un problème d'élimination, le cas échéant.
43 **Jeter l'urine** dans la toilette **et le contenant** dans le sac à déchets biomédicaux. **Jeter le sac à déchets** dans le sac à déchets biomédicaux.	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.
44 **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
45 **Aider la personne à effectuer ses soins d'hygiène périnéaux** ou lui apporter le matériel pour qu'elle le fasse elle-même.	Pour favoriser le maintien de l'intégrité de la peau.
46 à 50 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
51 **Avertir le médecin traitant ou l'infirmière responsable** de la personne **en cas de douleur, de spasmes vésicaux, de sang ou de débris tissulaires dans l'urine.**	Afin de permettre au médecin de suivre l'évolution de l'état de la personne et de la guider dans le choix d'un traitement approprié.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure d'exécution de la méthode.
- Le type et le calibre de la sonde insérée.
- La quantité d'eau stérile utilisée pour gonfler le ballonnet, s'il y a lieu.
- Les caractéristiques de l'urine drainée et sa quantité.
- La date et l'heure du prélèvement d'échantillon d'urine, s'il y a lieu.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- Toute anomalie observée pendant la procédure. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Lucie Tremblay **Dossier 123456**

2021-06-18 19:00 Aucune miction depuis le retrait de la sonde à 7 h. Se dit inconfortable. Présence d'un globe vésical à la palpation. *Bladder scan* : 1 127 mL. Médecin avisé. Sonde 14 Fr installée : draine 1 200 mL d'urine jaune clair. En drainage libre par la suite. Se dit soulagée. Yvonne St-Pierre, inf.

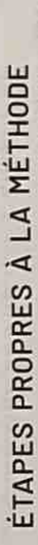


Irrigation vésicale intermittente en circuit fermé et en circuit ouvert avec seringue

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer le maintien d'un environnement propre.
9. Assurer l'intimité de la personne.



10. **Placer le lit à la hauteur recommandée.**
11. **Évaluer la capacité de la personne à se mouvoir.**
12. **Évaluer la capacité de la personne à comprendre la procédure.**
13. **Procéder à l'examen physique abdominal de la personne.**
14. **S'assurer que la tubulure de drainage n'est pas coudée.**
15. **Mesurer la quantité d'urine contenue dans le sac de drainage.**
16. **Replier le drap de façon à découvrir la sonde.**
17. **Vérifier la perméabilité du cathéter et du système de drainage.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

18. **Procéder à l'irrigation vésicale intermittente.**
    - 18.1 **Irrigation vésicale intermittente en circuit fermé avec seringue.**
    - 18.2 **Irrigation vésicale intermittente en circuit ouvert avec seringue.**
19. **Jeter le matériel souillé.**
20. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

21. **Refixer la sonde.**
22. **Noter la quantité de solution d'irrigation administrée et la quantité de liquide recueilli.**
23. **Observer les caractéristiques du liquide de retour.**
24. Réinstaller la personne dans le lit.
25. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
26. Procéder à l'hygiène des mains.
27. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
28. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.
29. **Avertir le médecin traitant ou l'infirmière responsable en cas de douleur, de spasmes vésicaux, de sang ou de débris tissulaires dans l'urine.**

SITUATION CLINIQUE

HENRI BOURQUE, 70 ans, a été opéré pour la résection d'une tumeur cancéreuse de la vessie. Il porte une sonde en drainage libre, et son urine est rouge.

Notions de base

L'irrigation vésicale intermittente consiste à introduire une solution physiologique dans la vessie afin d'assurer la perméabilité et le drainage de la sonde vésicale. L'irrigation vésicale intermittente avec sonde à deux voies consiste à introduire une solution physiologique dans la vessie et elle s'effectue de deux à quatre fois par jour au moyen d'une seringue. Elle assure la perméabilité de la sonde vésicale et favorise l'élimination des caillots, des mucosités ou d'autres débris présents dans la vessie et susceptibles de l'obstruer. Une ordonnance médicale individuelle ou collective est requise pour toute irrigation vésicale.

Matériel

- Nécessaire à irrigation :
  - champ stérile ❶
  - récipient stérile ❷
  - seringue à irrigation de 60 mL ❸
- Gants stériles ❹
- Bouchon stérile pour tubulure du système de drainage ❺
- Solution stérile d'irrigation (NaCl 0,9 %) à la température ambiante ❻
- Aiguille de calibre 20 ❼
- Tampons d'alcool 70 % ❽
- Piqué jetable ❾
- Gants non stériles ❿
- Pince hémostatique ⓫



Étapes préexécutoires	Justifications
❶ à ❾ Effectuer les étapes A à I présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
❿ **Placer le lit à la hauteur recommandée** selon les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB). Si les ridelles sont levées, abaisser celle du côté où l'on se tient ; si les ridelles sont abaissées, relever seulement celle de l'autre côté du lit.	Afin d'avoir un accès direct à la personne et de prévenir le risque de chute du côté opposé. La personne peut également s'aider de la ridelle levée afin de se replacer dans le lit.

Étapes préexécutoires	Justifications
ÉVALUATION	
11 **Évaluer la capacité de la personne à se mouvoir** et prendre en compte ses restrictions physiques, le cas échéant.	Afin de prévoir l'aide nécessaire, au besoin.
ÉVALUATION	
12 **Évaluer la capacité de la personne à comprendre la procédure** et à y collaborer.	Pour déterminer le degré d'autonomie de la personne quant à la procédure ou, le cas échéant, l'aide qui devra lui être apportée.
ÉVALUATION	
13 **Procéder à l'examen physique abdominal de la personne.** Palper l'abdomen au-dessus de la région sus-pubienne pour déceler la présence de distension abdominale, de douleur ou d'un globe vésical.	Afin de recueillir des données de référence pour une évaluation ultérieure des fonctions d'élimination urinaire de la personne.
14 **S'assurer que la tubulure de drainage n'est pas coudée.**	Car une tubulure coudée empêche l'urine de s'écouler librement et peut occasionner une rétention urinaire.
15 **Mesurer la quantité d'urine contenue dans le sac de drainage** et vider celui-ci dans la toilette. Observer la qualité de l'urine.	Pour connaître la quantité de liquide de retour d'irrigation. Afin de vérifier la présence de dépôts ou de caillots dans l'urine.
16 **Replier le drap de façon à découvrir la sonde.** Placer un piqué sous la sonde.	Pour éviter de souiller la literie.
ÉVALUATION	
17 **Vérifier la perméabilité du cathéter et du système de drainage** avant d'irriguer.	Afin de s'assurer du bon fonctionnement du système de drainage.

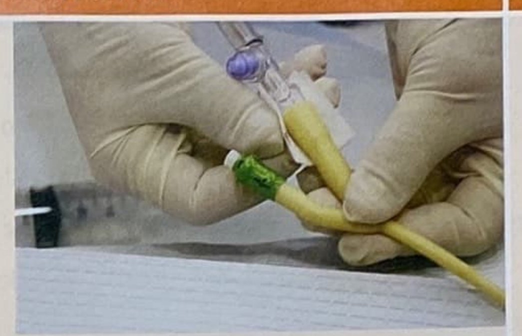
SITUATION CLINIQUE

Monsieur Bourque se plaint de lourdeur au bas du ventre. Au cours de votre évaluation, vous palpez un petit globe vésical. Vous constatez que le système de drainage est intact, mais qu'il ne draine plus. D'après vous, que se passe-t-il et que pouvez-vous faire ?

Étapes exécutoires	Justifications
18 **Procéder à l'irrigation vésicale intermittente** selon l'une des méthodes suivantes. **18.1** Irrigation vésicale intermittente en circuit fermé avec seringue. **18.2** Irrigation vésicale intermittente en circuit ouvert avec seringue.	

Étapes exécutoires	Justifications
18.1 Irrigation vésicale intermittente en circuit fermé avec seringue.	
18.1.1 Mettre des gants non stériles.	Pour se protéger des liquides biologiques de la personne et éviter la transmission d'agents pathogènes.
18.1.2 Ouvrir la trousse d'irrigation stérile et verser la solution d'irrigation dans le récipient stérile. 	Une asepsie rigoureuse évite d'introduire des agents pathogènes dans la vessie.
18.1.3 Prélever la quantité prescrite de solution stérile au moyen de la seringue à irrigation et déposer la seringue sur le champ stérile. a) Pour l'irrigation de la sonde : de 30 à 40 mL. b) Pour l'irrigation de la vessie : de 100 à 200 mL.	
18.1.4 Vérifier le type de sonde qui est en place : avec voie d'irrigation ou sans voie d'irrigation. En l'absence d'une voie d'irrigation, repérer la bague de prélèvement (aussi appelée port de prélèvement) à la jonction sonde-tubulure.  Sonde urinaire avec voie d'irrigation (sonde à trois voies) Sonde urinaire sans voie d'irrigation (sonde à deux voies)	
18.1.5 Clamper la tubulure du système de drainage sous la bague de prélèvement (ou sous la jonction sonde-tubulure en l'absence de bague) avec la pince hémostatique. 	Afin que la solution soit propulsée vers la vessie plutôt que vers le sac de drainage.

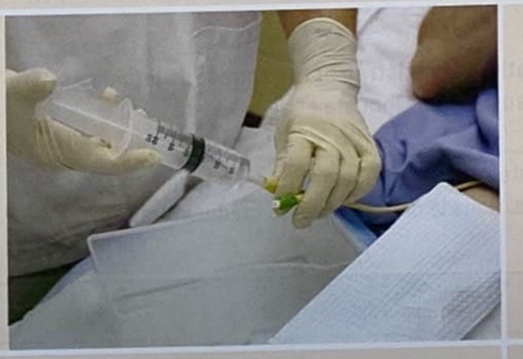
Étapes exécutoires	Justifications
18.1.6 Avec un tampon d'alcool 70 %, désinfecter la bague de prélèvement (sonde à deux voies) ou l'orifice de la voie d'irrigation (sonde à trois voies).	Afin d'éliminer les agents pathogènes à la jonction du circuit et d'éviter leur introduction dans le circuit.
Laisser sécher pendant au moins 30 secondes.	Ce délai permet à l'alcool de produire son effet aseptisant.
18.1.7 Effectuer l'irrigation vésicale avec la solution contenue dans la seringue, en procédant comme suit : a) En présence d'une bague de prélèvement (sonde à deux voies) : ajointer une aiguille désinfectée à la seringue à irrigation et introduire l'aiguille à travers la membrane de la bague. b) En présence d'une voie d'irrigation (sonde à trois voies) : abouter la seringue directement à la voie d'irrigation en la vissant complètement.	
Injecter lentement la solution.	Une pression faible et continue évite les spasmes vésicaux et les traumatismes à la muqueuse vésicale.
18.1.8 Retirer la seringue. Enlever la pince hémostatique et laisser la solution s'écouler dans le sac de drainage. Passer à l'étape 19.	Car le liquide de retour est drainé par gravité.
18.2 Irrigation vésicale intermittente en circuit ouvert avec seringue.	
18.2.1 Ouvrir la trousse d'irrigation stérile et verser la quantité de solution prescrite dans le récipient stérile. a) Pour l'irrigation de la sonde : de 30 à 40 mL. b) Pour l'irrigation de la vessie : de 100 à 200 mL.	Une asepsie rigoureuse évite d'introduire des agents pathogènes dans la vessie.
18.2.2 Placer le champ stérile entre les jambes de la personne.	Car le champ sert à recevoir le récipient dans lequel l'extrémité de la sonde sera déposée au moment de sa disjonction de la tubulure de drainage.
18.2.3 Ouvrir un tampon d'alcool 70 % et le laisser dans son emballage. Le déposer sur le champ stérile.	
18.2.4 Mettre des gants stériles.	
18.2.5 Prélever la quantité prescrite de solution stérile au moyen de la seringue à irrigation et déposer la seringue sur le champ stérile.	
18.2.6 Déposer le récipient stérile sur le champ stérile.	Afin que le matériel soit à portée de la main.

Étapes exécutoires		Justifications
18.2.7 Désinfecter la jonction sonde-tubulure de drainage avec un tampon d'alcool 70 %. Laisser sécher pendant au moins 30 secondes.		Afin d'éliminer les agents pathogènes à la jonction du circuit et d'éviter de les introduire dans le circuit. Ce délai permet à l'alcool de produire son effet aseptisant.

ALERTE CLINIQUE

Risque de contamination

À ce point-ci des étapes, les gants sont contaminés. Il est donc important de maintenir stérile l'extrémité distale de la sonde et de manipuler le bout de la seringue à irrigation de façon aseptique pour éviter d'introduire des agents pathogènes dans la vessie au moment de l'irrigation.

Étapes exécutoires		Justifications
18.2.8 Disjoindre la sonde de la tubulure de drainage et la déposer dans le récipient afin de permettre à l'urine de s'y déverser. Fermer l'extrémité de la tubulure de drainage à l'aide d'un bouchon stérile pour dispositif de drainage. La déposer sur le lit ou la tenir entre les doigts de la main non dominante.		Le système étant maintenant ouvert, il est important de déposer l'extrémité de la sonde dans le récipient et de laisser couler l'urine en évitant de la contaminer par contact avec la personne, le lit ou l'infirmière.
18.2.9 Saisir la seringue de la main dominante et l'introduire dans l'orifice de la sonde. Injecter lentement la solution sans exercer une pression excessive sur le piston.		Forcer l'irrigation risque de causer un traumatisme à la muqueuse vésicale ou de générer des spasmes vésicaux.
18.2.10 Retirer la seringue, abaisser la sonde et laisser couler la solution dans le récipient. Répéter l'irrigation jusqu'à ce que toute la solution prescrite soit utilisée ou jusqu'à ce que le liquide de retour soit clair, selon le but de l'irrigation. La quantité de liquide de retour doit être égale ou légèrement supérieure à la quantité de solution introduite.		Car le liquide de retour est drainé par gravité.
18.2.11 Si la solution ne s'écoule pas, demander à la personne de se tourner sur le côté. En l'absence de résultat, réintroduire la seringue et aspirer lentement la solution.		Le changement de position peut faire bouger l'extrémité de la sonde dans la vessie et faciliter le drainage du liquide introduit.

MS 8.5

Étapes exécutoires		Justifications
18.2.12 Une fois l'irrigation terminée, désinfecter le bouchon de la tubulure de drainage, le retirer et ajointer de façon aseptique la tubulure de drainage à la sonde vésicale.		Afin de permettre à l'urine de s'écouler dans le sac de drainage.
19 **Jeter le matériel souillé** selon les procédures de l'établissement.		Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.
20 **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**		Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
21 **Refixer la sonde** sur la cuisse de la personne.	Pour diminuer la traction exercée sur la sonde et prévenir un traumatisme de l'urètre.
ÉVALUATION 	
22 **Noter la quantité de solution d'irrigation administrée et la quantité de liquide recueilli.** Inscrire les deux résultats au bilan des ingesta et des excreta de la personne. En cas de déséquilibre, vérifier le système de drainage, procéder à l'examen physique abdominal de la personne et, dans le doute, aviser le médecin traitant ou l'infirmière responsable.	Noter les quantités permet de déterminer s'il y a équilibre entre les liquides administrés et ceux éliminés.
ÉVALUATION 	
23 **Observer les caractéristiques du liquide de retour :** aspect, couleur, odeur, présence de matières (p. ex. des dépôts, des caillots, du sang).	Afin d'informer le médecin sur l'état clinique de la personne.
24 à 28 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
29 **Avertir le médecin traitant ou l'infirmière responsable** de la personne **en cas de douleur, de spasmes vésicaux, de sang ou de débris tissulaires dans l'urine.**	Afin de permettre au médecin de suivre l'évolution de l'état de la personne et de la guider dans le choix d'un traitement approprié.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure de l'irrigation.
- Le type d'irrigation (circuit ouvert ou fermé).
- Le type et la quantité de solution utilisée.
- La quantité de liquide de retour et ses caractéristiques : aspect, couleur, odeur, présence de dépôts, etc.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- Toute anomalie observée pendant la procédure. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Henri Bourque **Dossier 546879**

2021-06-19	11:20	Retour de salle de réveil, souriant, douleur 0/10, Lactate Ringer à 100 mL/h perfuse bien par CVP, site intact. Sonde urinaire en drainage libre, urine rouge.
2021-06-19	12:15	Lourdeur au bas du ventre, globe vésical de la grosseur d'une balle de tennis à la palpation. Sac de drainage vidé : 225 mL d'urine rouge avec caillots. Absence d'écoulement d'urine par la sonde. Irrigation en circuit ouvert avec 50 mL de NaCl 0,9 % × 4, pas de résistance, retour d'urine rosée et de quelques caillots de 1 à 3 mm de diamètre. Diminution du sentiment de lourdeur par la suite.
		Yvonne St-Pierre, inf.

Notes



Irrigation vésicale intermittente ou continue en circuit fermé avec solution d'irrigation

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer le maintien d'un environnement propre.
9. Assurer l'intimité de la personne.
10. **Placer le lit à la hauteur recommandée.**
11. **Évaluer la capacité de la personne à se mouvoir.**
12. **Évaluer la capacité de la personne à comprendre la procédure.**
13. **Procéder à l'examen physique abdominal de la personne.**
14. **Vérifier le type de sonde qui est en place.**
15. **S'assurer que la tubulure de drainage n'est pas coudée.**
16. **Mesurer la quantité d'urine contenue dans le sac de drainage.**
17. **Replier le drap de façon à découvrir la sonde.**
18. **Vérifier la perméabilité du cathéter et du système de drainage.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

19. **Procéder à l'irrigation vésicale.**
    - 19.1 **Irrigation vésicale intermittente en circuit fermé avec une sonde à deux voies.**
    - 19.2 **Irrigation vésicale continue en circuit fermé avec une sonde à trois voies.**
20. **Jeter le matériel souillé.**
21. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

22. **Refixer la sonde.**
23. **Noter la quantité de solution d'irrigation administrée et la quantité de liquide recueilli dans le sac de drainage.**
24. **Observer les caractéristiques du liquide de retour.**
25. Réinstaller la personne dans le lit.
26. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
27. Procéder à l'hygiène des mains.
28. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
29. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.
30. **Avertir le médecin traitant ou l'infirmière responsable en cas de douleur, de spasmes vésicaux, de sang ou de débris tissulaires dans l'urine.**

SITUATION CLINIQUE

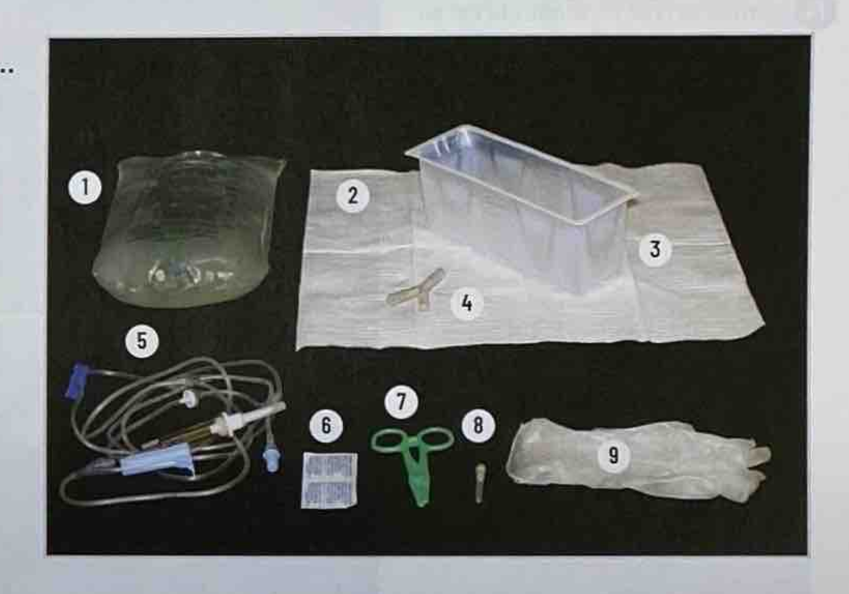
MARIELLE HURTUBISE, 77 ans, a été opérée pour la résection d'une tumeur cancéreuse de la vessie. À son retour de la salle d'opération, elle porte une sonde en drainage libre avec une irrigation vésicale continue dont le débit est réglé à 60 mL/h. L'urine est rosée.

Notions de base

L'irrigation vésicale intermittente ou continue en circuit fermé signifie que le système de drainage est hermétique. La solution d'irrigation provient d'un sac connecté en permanence à la sonde par un connecteur de type « Y » pour une sonde urinaire à deux voies ou par la troisième voie d'une sonde urinaire à trois voies. Ce type d'irrigation consiste à introduire une solution physiologique dans la vessie afin d'assurer la perméabilité et le drainage de la sonde vésicale. Il est utilisé lorsqu'il y a risque d'obstruction de la sonde par des caillots, des mucosités ou d'autres débris tissulaires. Une ordonnance médicale individuelle ou une ordonnance collective est requise pour toute irrigation vésicale.

Matériel

- Solution stérile d'irrigation (NaCl 0,9 %) à la température ambiante **1**
- Nécessaire à irrigation :
  - champ stérile **2**
  - récipient stérile **3**
- Connecteur de type « Y » (sonde à deux voies) **4**
- Tubulure d'irrigation **5**
- Tampons d'alcool 70 % **6**
- Pince hémostatique **7**
- Aiguille de calibre 20, si le système de drainage n'est pas muni d'une bague de prélèvement permettant l'irrigation **8**
- Gants non stériles **9**



Étapes préexécutoires	Justifications
1 à **9** Effectuer les étapes **A** à **I** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
10 **Placer le lit à la hauteur recommandée** selon les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB). Si les ridelles sont levées, abaisser celle du côté où l'on se tient ; si les ridelles sont abaissées, relever seulement celle de l'autre côté du lit.	Afin d'avoir un accès direct à la personne et de prévenir le risque de chute du côté opposé. La personne peut également s'aider de la ridelle levée afin de se replacer dans le lit.

Étapes préexécutoires	Justifications
ÉVALUATION	
11 **Évaluer la capacité de la personne à se mouvoir** et prendre en compte ses restrictions physiques, le cas échéant.	Afin de prévoir l'aide nécessaire, au besoin.
ÉVALUATION	
12 **Évaluer la capacité de la personne à comprendre la procédure** et à y collaborer.	Pour déterminer le degré d'autonomie de la personne quant à la procédure ou, le cas échéant, l'aide qui devra lui être apportée.
ÉVALUATION	
13 **Procéder à l'examen physique abdominal de la personne.** Palper l'abdomen au-dessus de la région sus-pubienne pour déceler la présence de distension abdominale, de douleur ou d'un globe vésical.	Afin de recueillir des données de référence pour une évaluation ultérieure des fonctions d'élimination urinaire de la personne.
14 **Vérifier le type de sonde qui est en place.** a) Sonde à deux voies : la première servant au gonflement du ballonnet, et la seconde, au drainage de l'urine. (Urine / Ballonnet) b) Sonde à trois voies : une servant au gonflement du ballonnet ; une autre, à l'irrigation ; la dernière, au drainage de l'urine. (Ballonnet / Urine / Irrigation)	Car le choix du matériel varie selon la sonde en place.
15 **S'assurer que la tubulure de drainage n'est pas coudée.**	Car une tubulure coudée empêche l'urine de s'écouler librement et peut occasionner une rétention urinaire.
16 **Mesurer la quantité d'urine contenue dans le sac de drainage** et vider celui-ci dans la toilette. Observer la qualité de l'urine.	Pour connaître la quantité de liquide de retour d'irrigation. Afin de vérifier la présence de dépôts ou de caillots dans l'urine.
17 **Replier le drap de façon à découvrir la sonde.** Placer un piqué sous la sonde.	Pour éviter de souiller la literie.

Étapes préexécutoires	Justifications
ÉVALUATION	
18 **Vérifier la perméabilité du cathéter et du système de drainage** avant d'irriguer.	Afin de s'assurer du bon fonctionnement du système de drainage.

Étapes exécutoires	Justifications
19 **Procéder à l'irrigation vésicale** selon l'une des méthodes suivantes. **19.1** Irrigation vésicale intermittente en circuit fermé avec une sonde à deux voies. **19.2** Irrigation vésicale continue en circuit fermé avec une sonde à trois voies.	
19.1 **Irrigation vésicale intermittente en circuit fermé avec une sonde à deux voies.** Si le système de drainage doit être installé, effectuer les étapes ci-après. Sinon, passer à l'étape 19.1.8.	
Installation du système de drainage	
19.1.1 Fermer le presse-tube de la tubulure d'irrigation. 	Afin d'éviter l'écoulement de la solution et l'accumulation de bulles d'air au moment de procéder au vide d'air de la tubulure.
19.1.2 Suspendre le sac de solution à la tige à perfusion. Insérer la fiche perforante dans le sac de solution stérile de façon aseptique. 	Car l'irrigation intermittente se fait par gravité.
19.1.3 Procéder au vide d'air de la tubulure d'irrigation. 	Pour éviter l'introduction d'air dans la vessie.

Étapes exécutoires	Justifications
19.1.4 Mettre des gants non stériles.	Pour se protéger des liquides biologiques de la personne et éviter la transmission d'agents pathogènes.
19.1.5 Désinfecter la jonction sonde-tubulure de drainage avec un tampon d'alcool 70 %. Disjoindre la tubulure et ajointer un connecteur de type « Y » à la sonde.	Afin d'empêcher l'introduction d'agents pathogènes dans la vessie.
19.1.6 Ajointer la tubulure de drainage à l'une des branches du connecteur de type « Y ».	Afin de relier stérilement la tubulure de drainage et la tubulure d'irrigation à la sonde à deux voies.
19.1.7 Ajointer la tubulure d'irrigation à l'autre branche.	
Irrigation	
19.1.8 Clamper la tubulure de drainage avec la pince hémostatique.	Pour diriger la solution vers la vessie.
19.1.9 Ouvrir le presse-tube de la tubulure d'irrigation et laisser couler la quantité de solution prescrite (généralement de 50 à 100 mL).	
19.1.10 Fermer le presse-tube de la tubulure d'irrigation.	
19.1.11 Retirer la pince hémostatique et laisser la solution s'écouler dans le sac de drainage. Passer à l'étape 20.	Car le liquide de retour est drainé par gravité.
19.2 Irrigation vésicale continue en circuit fermé avec une sonde à trois voies. Si le système de drainage doit être installé, effectuer les étapes ci-après. Sinon, passer à l'étape 19.2.3.	
Installation du système de drainage	
19.2.1 Effectuer les étapes 19.1.1 à 19.1.4.	

N'OUBLIEZ PAS



La préparation du système d'irrigation continue avec une sonde à trois voies est la même que pour l'irrigation intermittente avec un système à deux voies muni d'un connecteur de type « Y ».

Étapes exécutoires	Justifications
19.2.2 Ajointer la tubulure d'irrigation à la voie servant à l'irrigation. 	
Irrigation	
19.2.3 Ouvrir le presse-tube de la tubulure d'irrigation et régler le débit de la solution au niveau prescrit (sinon entre 40 et 100 mL/h). S'assurer que la tubulure de drainage n'est ni clampée ni coudée.	Car une tubulure clampée ou coudée empêcherait la solution de circuler de façon continue et ferait en sorte qu'elle s'accumule dans la vessie, ce qui pourrait provoquer un globe vésical, une distension de la vessie ou des lésions.
19.2.4 Vider régulièrement le sac de drainage.	Car un sac plein entraîne l'arrêt du drainage du liquide d'irrigation et l'apparition d'une distension de la vessie.

ALERTE CLINIQUE

Perméabilité du cathéter et de la tubulure de drainage

S'il y a absence de solution de retour ou si la personne est inconfortable, il faut cesser l'irrigation et vérifier la perméabilité du cathéter et de la tubulure de drainage.

SITUATION CLINIQUE

Une heure après le retour de la salle de réveil de madame Hurtubise, vous videz son sac de drainage et vous remarquez que l'urine est rouge. Que faites-vous ?

20 **Jeter le matériel souillé** selon les procédures de l'établissement.	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.
21 **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
22 **Refixer la sonde** sur la cuisse de la personne.	Pour diminuer la traction exercée sur la sonde et prévenir un traumatisme de l'urètre.

Étapes postexécutoires	Justifications
 **ÉVALUATION**	
23 **Noter la quantité de solution d'irrigation administrée et la quantité de liquide recueilli dans le sac de drainage.** Inscrire les deux résultats au bilan des ingesta et des excreta de la personne. En cas de déséquilibre, vérifier le système de drainage, procéder à l'examen physique abdominal de la personne et, dans le doute, aviser le médecin traitant ou l'infirmière responsable.	Noter les quantités permet de déterminer s'il y a équilibre entre les liquides administrés et ceux éliminés.
 **ÉVALUATION**	
24 **Observer les caractéristiques du liquide de retour :** aspect, couleur, odeur, présence de matières (p. ex. des dépôts, des caillots, du sang).	Afin d'informer le médecin sur l'état clinique de la personne.
25 à **29** Effectuer les étapes **A** à **E** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
30 **Avertir le médecin traitant ou l'infirmière responsable** de la personne **en cas de douleur, de spasmes vésicaux, de sang ou de débris tissulaires dans l'urine.**	Afin de permettre au médecin de suivre l'évolution de l'état de la personne et de le guider dans le choix d'un traitement approprié.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure de l'irrigation.
- Le type de solution utilisée.
- Le débit d'irrigation ou la quantité de solution utilisée.
- La quantité de liquide de retour et ses caractéristiques : aspect, couleur, odeur, présence de dépôts, etc.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- Toute anomalie observée pendant la procédure. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Marielle Hurtubise **Dossier 147258**

2021-06-20 13:30 Sac vidé : 125 mL d'urine rougeâtre. Confortable, absence de douleur. Abdomen souple à la palpation, absence de globe vésical. Irrigation ↑ à 100 mL/h selon ordonnance, retour d'urine rosée par la suite. Yvonne St-Pierre, inf.

Notes



Instillation vésicale

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer le maintien d'un environnement propre.
9. Assurer l'intimité de la personne.

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

10. **Placer le lit à la hauteur recommandée.**
11. **Évaluer la capacité de la personne à se mouvoir.**
12. **Évaluer la capacité de la personne à comprendre la procédure.**
13. **Procéder à l'examen physique abdominal de la personne.**
14. **Aider la personne à s'installer en position de décubitus dorsal. Placer un piqué sous ses fesses.**
15. **Abaisser la tubulure du sac de drainage afin de vidanger l'urine.**
16. **Fixer le sac à déchets avec le ruban adhésif à l'extrémité de la table.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

17. **Ouvrir la trousse d'instillation de façon stérile.**
18. **Verser la solution prescrite dans le contenant stérile.**
19. **Mettre des gants non stériles.**
20. **Prélever la quantité prescrite de solution.**
21. **Déposer la seringue dans le contenant stérile.**
22. **Déposer le récipient stérile gradué sur le piqué.**
23. **Désinfecter la jonction entre la sonde urinaire et la tubulure du sac de drainage.**
24. **Disjoindre la sonde urinaire de la tubulure du sac de drainage. Laisser l'urine couler dans le récipient stérile gradué.**
25. **Fermer la tubulure du sac de drainage.**
26. **Insérer l'embout de la seringue à irrigation dans l'orifice de la sonde urinaire.**
27. **Presser doucement sur le piston de la seringue pour faire entrer la totalité du liquide dans la vessie.**
28. **Pincer la sonde pour y insérer un bouchon ou laisser la seringue aboutée.**
29. **Vider le sac de drainage et noter la quantité d'urine.**
30. **Lorsque le temps d'instillation est terminé, désinfecter l'embout de la sonde et retirer le bouchon ou la seringue.**
31. **Laisser la solution d'instillation s'écouler.**
32. **Évaluer les caractéristiques et la quantité du liquide de retour, en vue de les consigner au dossier de la personne.**
33. **Désinfecter et retirer le bouchon de la tubulure du sac de drainage.**
34. **Ajointer la tubulure du sac de drainage à la sonde urinaire.**
35. **Vérifier que la tubulure n'est pas coudée.**
36. **Jeter le matériel souillé.**
37. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

38. Réinstaller la personne dans le lit.
39. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
40. Procéder à l'hygiène des mains.
41. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
42. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.
43. **Avertir le médecin traitant ou l'infirmière responsable en cas de douleur, de spasmes vésicaux, de sang ou de débris tissulaires dans l'urine.**
44. **Vérifier au bout d'une heure si la personne ressent de la douleur.**

SITUATION CLINIQUE

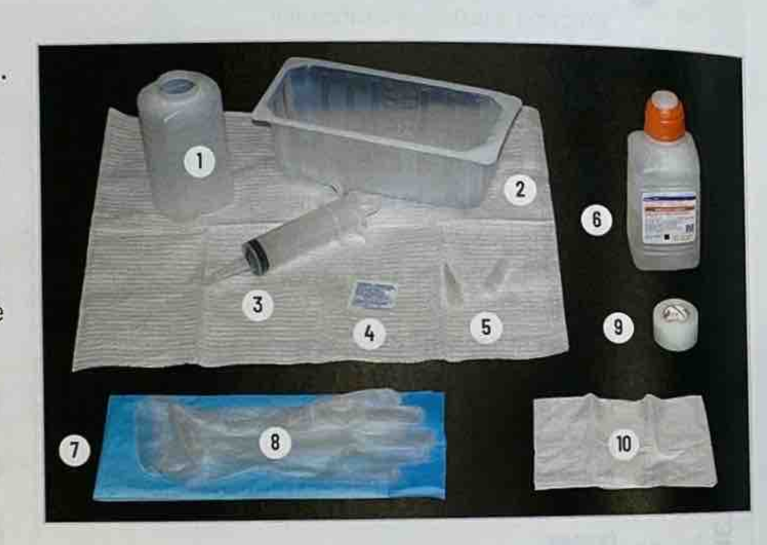
MANUEL GONZALES, 57 ans, a été opéré pour la résection d'une tumeur bénigne de la vessie. À son retour de la salle de réveil, la sonde est clampée, car une solution médicamenteuse a été instillée et doit demeurer dans la vessie pendant une heure.

Notions de base

Cette méthode de soins s'effectue au moyen d'une sonde urinaire. Elle permet la dissolution de dépôts calcaires, la prévention de la formation de calculs urinaires, le traitement de certains cancers de la vessie, le traitement ou la prévention d'une inflammation ou d'une infection de la vessie par administration de solution médicamenteuse. Instiller du chlorure de sodium (NaCl) avant de retirer une sonde urinaire favorise une miction postsonde plus rapide. Une ordonnance médicale individuelle ou collective est requise pour effectuer une instillation vésicale.

Matériel

- Trousse d'instillation :
  - contenant stérile (1)
  - récipient stérile (si sonde à deux voies) (2)
  - seringue à irrigation de 60 mL (3)
  - tampons d'alcool 70 % (4)
- Deux bouchons stériles (un pour la sonde urinaire et un pour la tubulure du sac de drainage) (5)
- Solution prescrite (6)
- Piqué jetable (7)
- Gants non stériles (8)
- Ruban adhésif (9)
- Sac à déchets (en plastique, de préférence) (10)

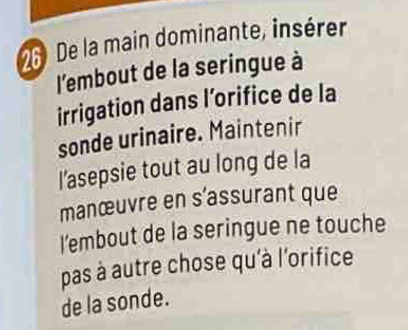


Étapes préexécutoires	Justifications
(1) à (9) Effectuer les étapes A à I présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
(10) **Placer le lit à la hauteur recommandée** selon les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB). Si les ridelles sont levées, abaisser celle du côté où l'on se tient ; si les ridelles sont abaissées, relever seulement celle de l'autre côté du lit.	Afin d'avoir un accès direct à la personne et de prévenir le risque de chute du côté opposé. La personne peut également s'aider de la ridelle levée afin de se replacer dans le lit.
ÉVALUATION 	
(11) **Évaluer la capacité de la personne à se mouvoir** et prendre en compte ses restrictions physiques, le cas échéant.	Afin de prévoir l'aide nécessaire, au besoin.

Étapes préexécutoires	Justifications
ÉVALUATION 12 **Évaluer la capacité de la personne à comprendre la procédure** et à y collaborer.	Pour déterminer le degré d'autonomie de la personne quant à la procédure ou, le cas échéant, l'aide qui devra lui être apportée.
ÉVALUATION 13 **Procéder à l'examen physique abdominal de la personne.** Palper l'abdomen au-dessus de la région sus-pubienne pour déceler la présence de distension abdominale, de douleur ou d'un globe vésical.	Afin de recueillir des données de référence pour une évaluation ultérieure des fonctions d'élimination urinaire de la personne.
14 **Aider la personne à s'installer en position de décubitus dorsal** selon sa tolérance ou les restrictions liées à son état de santé. **Placer un piqué sous ses fesses.**	Afin de favoriser l'exécution de l'instillation vésicale. Pour éviter de souiller la literie.
15 **Abaisser la tubulure du sac de drainage afin de vidanger l'urine** qu'elle pourrait contenir.	Pour prévenir le reflux de l'urine présente dans la tubulure vers la vessie et éviter que de l'urine coule sur la literie lorsque la sonde sera disjointe.
16 **Fixer le sac à déchets avec du ruban adhésif à l'extrémité de la table** qui sera placée entre la personne et le champ stérile.	Afin de permettre un accès au sac à déchets en évitant de passer au-dessus du champ stérile pour jeter le matériel souillé, ce qui risquerait de contaminer le matériel stérile.

Étapes exécutoires	Justifications
17 **Ouvrir la trousse d'instillation de façon stérile** et utiliser l'intérieur stérile pour y déposer le matériel.	Pour prévenir la contamination de la vessie en assurant la stérilité du matériel.

Étapes exécutoires		Justifications
18 **Verser la solution prescrite dans le contenant stérile.** À moins d'avis contraire, la solution doit être à la température ambiante.		Afin de prévenir une sensation d'inconfort à la vessie au moment de l'instillation.
19 **Mettre des gants non stériles.**		Pour se protéger des liquides biologiques de la personne et éviter la transmission d'agents pathogènes.
20 Au moyen de la seringue de 60 mL, **prélever la quantité prescrite de solution.** Éviter d'aspirer de l'air. Le cas échéant, l'expulser de la seringue.		Car l'introduction d'air dans la vessie au moment de l'instillation pourrait provoquer de la douleur ou des spasmes chez la personne.
21 **Déposer la seringue dans le contenant stérile.**		Afin de maintenir la stérilité de la seringue.
22 **Déposer le récipient stérile gradué sur le piqué** pour recueillir la solution de retour.		Afin d'avoir un accès direct au matériel.
23 **Désinfecter,** au moyen d'un tampon d'alcool 70 %, **la jonction entre la sonde urinaire et la tubulure du sac de drainage.** Laisser sécher pendant au moins 30 secondes.		Afin d'empêcher l'introduction d'agents pathogènes dans la vessie. Ce délai permet à l'alcool de produire son effet aseptisant.
24 **Disjoindre la sonde urinaire de la tubulure du sac de drainage** en maintenant la sonde de la main non dominante. **Laisser l'urine** que contient la sonde **couler dans le récipient stérile gradué.**		Afin de prévenir le reflux de l'urine présente dans la sonde vers la vessie.
25 **Fermer la tubulure du sac de drainage** au moyen d'un bouchon stérile et la déposer sur le lit ou la tenir dans la main non dominante.		Pour assurer la stérilité de la tubulure et du sac de drainage.

Étapes exécutoires	Justifications
 26 De la main dominante, **insérer l'embout de la seringue à irrigation dans l'orifice de la sonde urinaire.** Maintenir l'asepsie tout au long de la manœuvre en s'assurant que l'embout de la seringue ne touche pas à autre chose qu'à l'orifice de la sonde. 	Afin de ne pas introduire d'agents pathogènes dans la vessie au moment de l'instillation.
27 **Presser doucement sur le piston de la seringue pour faire entrer la totalité du liquide dans la vessie.** En cas de résistance, aspirer doucement un peu de liquide, puis repousser tout le liquide dans la vessie. Advenant une forte résistance, ne pas procéder à l'instillation et aviser le médecin.	Une faible résistance survient fréquemment, car la sonde pourrait être bloquée par un caillot ou des particules. La pression exercée par le piston va permettre au liquide de les décoller.
28 Lorsque le contenu de la seringue est complètement injecté, **pincer la sonde** entre le pouce et l'index de la main non dominante **pour y insérer un bouchon ou laisser la seringue aboutée,** afin que la solution demeure dans la vessie pendant la durée prescrite. La durée d'une instillation est variable selon la condition de la personne et de sa médication. L'ordonnance médicale indique la durée requise selon le cas.	Le pincement de la sonde évite que la solution d'instillation soit expulsée. Le bouchon maintient la solution d'instillation dans la vessie.
29 **Vider le sac de drainage et noter la quantité d'urine** qui s'y trouvait.	Car il sera plus simple de valider la perméabilité de la sonde au moment du rebranchement si le sac de drainage est vide.
Observer la qualité de l'urine.	Afin de vérifier la présence de dépôts ou de caillots dans l'urine.
30 **Lorsque le temps d'instillation est terminé, désinfecter l'embout de la sonde** où est fixé le bouchon ou la seringue. Tenir la sonde de la main non dominante **et retirer le bouchon ou la seringue** de la main dominante.	Afin de prévenir la contamination de la sonde lors du rebranchement avec la tubulure.
31 **Laisser la solution d'instillation s'écouler** dans le récipient stérile gradué. 	

Étapes exécutoires	Justifications



ALERTE CLINIQUE

Entrave au retour de solution

En présence d'un faible retour de la solution instillée ou en absence de retour, demander à la personne de se tourner doucement d'un côté puis de l'autre, de façon à déloger les particules ou les caillots qui pourraient obstruer la lumière de la sonde.

SITUATION CLINIQUE

Après avoir retiré le bouchon, aucun liquide ne s'écoule de la sonde. Que faites-vous ?

ÉVALUATION



Étapes exécutoires	Justifications
32 **Évaluer les caractéristiques et la quantité du liquide de retour, en vue de les consigner au dossier de la personne.**	Afin d'anticiper un problème d'élimination, le cas échéant.
33 **Désinfecter et retirer le bouchon de la tubulure du sac de drainage.**	
34 **Ajointer la tubulure du sac de drainage à la sonde urinaire.** 	
35 **Vérifier que la tubulure** du sac de drainage **n'est pas coudée.**	Car une tubulure coudée empêche l'urine de s'écouler librement et peut occasionner une rétention urinaire.
36 **Jeter le matériel souillé** selon les procédures de l'établissement.	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.
37 **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
38 à 42 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
43 **Avertir le médecin traitant ou l'infirmière responsable** de la personne **en cas de douleur, de spasmes vésicaux, de sang ou de débris tissulaires dans l'urine.**	Afin de permettre au médecin de suivre l'évolution de l'état de la personne et de le guider dans le choix d'un traitement approprié.
44 **Vérifier au bout d'une heure si la personne ressent de la douleur** et si la sonde est toujours perméable.	

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure de l'instillation vésicale, la solution utilisée ainsi que la quantité et la durée de l'instillation.
- Les caractéristiques de l'urine (p. ex. claire, ambrée) et la quantité d'urine de retour en millilitres.
- La réaction de la personne et sa collaboration, si c'est pertinent.
- Toute réaction anormale ou indésirable (p. ex. douleur, résistance importante) survenue pendant les soins ou à la suite de ceux-ci. **Il faut également transmettre ces données au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Manuel Gonzales **Dossier 369258**

2021-06-20	15:00	Après instillation vésicale telle que prescrite, bouchon retiré de la sonde urinaire : aucun écoulement. Sonde ajointe au sac de drainage. Encouragé à bouger : écoulement de liquide rouge foncé, absence de résidus visibles. Confortable, absence de douleur. Urine rosée par la suite. Marie Lebrun, CEPI

Notes



Retrait d'une sonde vésicale

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer le maintien d'un environnement propre.
9. Assurer l'intimité de la personne.
10. **Placer le lit à la hauteur recommandée.**
11. **Évaluer la capacité de la personne à se mouvoir.**
12. **Évaluer la capacité de la personne à comprendre la procédure.**
13. **Procéder à l'examen physique abdominal de la personne.**
14. **Vérifier le volume de liquide utilisé pour gonfler le ballonnet.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

15. **Demander à la personne de s'installer en position de décubitus dorsal.**
16. **Mettre des gants non stériles.**
17. **Évaluer les caractéristiques de l'urine présente dans le sac de drainage. Vider l'urine dans un contenant gradué, la mesurer et la jeter.**
18. **Fixer le sac à déchets avec du ruban adhésif à un endroit qui sera facile d'accès.**
19. **Plier les draps de façon à ne découvrir que les organes génitaux.**
20. **Placer un piqué sous les fesses ou sous le pénis.**
21. **Ajointer la seringue à l'orifice de gonflement de la voie de la sonde réservée au ballonnet. Relâcher le piston de la seringue et laisser le ballonnet se dégonfler.**
22. **Retirer la seringue. Mesurer la quantité de liquide prélevé. Jeter la seringue.**
23. **Retirer la sonde doucement.**
24. **Jeter la sonde et le sac collecteur.**
25. **Retirer le piqué et les gants, et les jeter avec le sac à déchets.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

26. **Expliquer à la personne que les mictions seront fréquentes et en petites quantités.**
27. **Aider la personne à effectuer ses soins d'hygiène périnéaux.**
28. **Donner une lingette désinfectante à la personne.**
29. Réinstaller la personne dans le lit.
30. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
31. Procéder à l'hygiène des mains.
32. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
33. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.
34. **Avertir le médecin traitant ou l'infirmière responsable en cas de douleur, de spasmes vésicaux, de sang ou de débris tissulaires dans l'urine.**

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

SITUATION CLINIQUE

GENEVIÈVE ARCHAMBAULT, 59 ans, a été opérée ce matin pour la résection d'une tumeur de l'uretère. Elle a bien récupéré de l'anesthésie rachidienne et marche depuis maintenant une heure. Selon la prescription, vous pouvez lui retirer sa sonde urinaire.

Notions de base

Une ordonnance médicale est requise pour retirer une sonde vésicale. Il est important de toujours vérifier l'intégrité du ballonnet et de la sonde vésicale au moment du retrait de cette dernière afin de s'assurer qu'aucun débris de caoutchouc ou de silicone n'est resté à l'intérieur de la vessie. Le cas échéant, il faut en aviser le médecin le plus tôt possible.

Matériel

- Piqué jetable ❶
- Contenant gradué ❷
- Gants non stériles ❸
- Seringue de 10 mL ou plus, selon la grosseur du ballonnet ❹
- Sac à déchets (en plastique, de préférence) ❺
- Ruban adhésif ❻



Étapes préexécutoires	Justifications
❶ à ❾ Effectuer les étapes A à I présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
❿ **Placer le lit à la hauteur recommandée** selon les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB). Si les ridelles sont levées, abaisser celle du côté où l'on se tient ; si les ridelles sont abaissées, relever seulement celle de l'autre côté du lit.	Afin d'avoir un accès direct à la personne et de prévenir le risque de chute du côté opposé. La personne peut également s'aider de la ridelle levée afin de se replacer dans le lit.
ÉVALUATION  ⓫ **Évaluer la capacité de la personne à se mouvoir** et prendre en compte ses restrictions physiques, le cas échéant.	Afin de prévoir l'aide nécessaire, au besoin.

Étapes préexécutoires	Justifications
 ÉVALUATION 12 **Évaluer la capacité de la personne à comprendre la procédure** et à y collaborer.	Pour déterminer le degré d'autonomie de la personne quant à la procédure ou, le cas échéant, l'aide qui devra lui être apportée.
 ÉVALUATION 13 **Procéder à l'examen physique abdominal de la personne.** Palper l'abdomen au-dessus de la région sus-pubienne pour déceler la présence de distension abdominale, de douleur ou d'un globe vésical.	Afin de recueillir des données de référence pour une évaluation ultérieure des fonctions d'élimination urinaire de la personne.
 ÉVALUATION 14 **Vérifier le volume** (en mL) **de liquide utilisé pour gonfler le ballonnet.** Cette donnée est inscrite sur la sonde ou dans le dossier de la personne. 	Afin d'éviter de retirer la sonde sans avoir complètement dégonflé le ballonnet.

Étapes exécutoires	Justifications
15 **Demander à la personne de s'installer en position de décubitus dorsal,** les genoux légèrement fléchis et orientés vers l'extérieur, selon sa tolérance ou les restrictions liées à son état de santé.	Afin d'exposer le périnée.
16 **Mettre des gants non stériles.**	Pour se protéger des liquides biologiques de la personne et éviter la transmission d'agents pathogènes.
ÉVALUATION 17 **Évaluer les caractéristiques de l'urine présente dans le sac de drainage** (aspect, couleur). **Vider l'urine dans un contenant gradué, la mesurer et la jeter** dans la toilette.	Car ces caractéristiques de même que la quantité exacte d'urine doivent être consignées dans les notes d'évolution.
18 **Fixer le sac à déchets avec du ruban adhésif à un endroit qui sera facile d'accès** au moment du retrait de la sonde.	

Étapes exécutoires	Justifications
19 **Plier les draps de façon à ne découvrir que les organes génitaux.**	Afin de respecter la pudeur de la personne.
20 **Placer un piqué sous les fesses** s'il s'agit d'une femme **ou sous le pénis** si c'est un homme.	Afin d'éviter de souiller la literie.
21 **Ajointer la seringue à l'orifice de gonflement de la voie de la sonde réservée au ballonnet.** **Relâcher le piston de la seringue et laisser le ballonnet se dégonfler.** Avant de retirer la seringue, aspirer pour vérifier s'il reste du liquide.	Le ballonnet, sous pression positive, se dégonfle spontanément. Le fait d'aspirer avant de retirer la sonde permet de s'assurer que le ballonnet est totalement dégonflé, ce qui évite de causer un traumatisme à l'urètre au moment du retrait de la sonde.
22 **Retirer la seringue.** **Mesurer la quantité de liquide prélevé** dans la seringue. **Jeter la seringue** dans le sac à déchets.	Afin de vérifier si la quantité inscrite sur la sonde ou dans le dossier de la personne a été entièrement retirée.

SITUATION CLINIQUE

Lorsque vous retirez le liquide du ballonnet, vous remarquez que vous avez 8 mL de liquide dans la seringue, alors que l'inscription sur la sonde indique 10 mL. Que faites-vous ?

Étapes exécutoires	Justifications
23 Saisir la sonde de la main dominante et poser l'autre main sur la vulve ou sur le pénis de la personne. Suggérer à celle-ci de forcer comme pour uriner. **Retirer la sonde doucement** en la pinçant entre les doigts.	Car la décontraction du sphincter externe facilite le retrait de la sonde. Pincer la sonde évite que l'urine s'en écoule pendant le retrait.
24 **Jeter la sonde et le sac collecteur** dans le sac à déchet.	
25 **Retirer le piqué et les gants, et les jeter avec le sac à déchets** dans un sac à déchets biomédicaux.	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
26 **Expliquer à la personne que les mictions seront fréquentes et en petites quantités** jusqu'à ce que la vessie ait repris son tonus normal.	
27 **Aider la personne à effectuer ses soins d'hygiène périnéaux** ou lui apporter le matériel pour qu'elle le fasse elle-même.	Pour favoriser le maintien de l'intégrité de la peau.
28 **Donner une lingette désinfectante à la personne** pour qu'elle se nettoie les mains.	Pour éviter la transmission des agents pathogènes contenus dans les matières fécales ou l'urine.
29 à 33 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
34 **Avertir le médecin traitant ou l'infirmière responsable** de la personne **en cas de douleur, de spasmes vésicaux, de sang ou de débris tissulaires dans l'urine.**	Afin de permettre au médecin de suivre l'évolution de l'état de la personne et de la guider dans le choix d'un traitement approprié.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure du retrait de la sonde.
- La quantité d'urine drainée et ses caractéristiques : aspect, couleur, odeur, présence de dépôts, etc.
- L'échantillon d'urine prélevé, s'il y a lieu.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- Toute anomalie observée pendant ou à la suite de la procédure. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Geneviève Archambault **Dossier 235689**

2021-06-20 14:30 Sonde retirée, aucune résistance. Ballonnet et sonde intacts. Aucune douleur lors du retrait. Toilette génitale faite. Informée de nous aviser post première miction libre. Annie Allard, CEPI

Notes



Administration d'un lavement évacuant

RÉSUMÉ DES ÉTAPES



ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. **Consulter l'ordonnance médicale. Vérifier le type et la quantité de solution à administrer et la raison du lavement.**
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer le maintien d'un environnement propre.
9. Assurer l'intimité de la personne.
10. **Placer le lit à la hauteur recommandée.**
11. **Évaluer la capacité de la personne à se mouvoir.**
12. **Évaluer la capacité de la personne à comprendre la procédure.**
13. **Procéder à l'examen physique abdominal de la personne.**
14. **Vérifier auprès de la personne ses habitudes d'élimination, sa capacité à maîtriser son sphincter anal, la date de sa dernière selle, la présence de douleurs abdominales ou d'hémorroïdes.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

15. **Demander à la personne de s'installer en position de décubitus latéral gauche.**
16. **Découvrir seulement la région rectale. Placer un piqué sous les fesses de la personne.**
17. **Placer le bassin hygiénique ou la chaise d'aisance à un endroit facile d'accès.**
18. **Procéder à l'administration du lavement évacuant.**
    - 18.1 **Administrer un lavement Fleet[MD] (phosphates de sodium) préparé.**
    - 18.2 **Administrer un lavement en sac à préparer.**
19. **Retirer le piqué et les gants, et les jeter.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

20. **Aider la personne à se rendre aux toilettes ou à s'installer sur le bassin hygiénique ou sur la chaise d'aisance.**
21. **Évaluer les caractéristiques des selles et de la solution de retour.**
22. **Aider la personne à effectuer ses soins d'hygiène périnéaux.**
23. **Donner une lingette désinfectante à la personne.**
24. Réinstaller la personne dans le lit.
25. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
26. Procéder à l'hygiène des mains.
27. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
28. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.
29. **Avertir le médecin traitant ou l'infirmière responsable en cas de douleur, de sang ou de débris tissulaires dans les selles.**

MS 8.9

SITUATION CLINIQUE

Vous travaillez pour un service de chirurgie d'un jour. **PAUL MILLER**, 48 ans, doit être opéré pour une hémorroïdectomie ce matin. Il doit recevoir au préalable un lavement évacuant de type Fleet[MD].

Notions de base

Le lavement évacuant favorise l'élimination intestinale en stimulant le péristaltisme. Il est utilisé, entre autres, en vue d'un examen paraclinique ou d'une intervention chirurgicale pour évacuer les matières fécales présentes dans le côlon. L'infirmière doit surveiller toute manifestation d'intolérance à la procédure, telles des crampes abdominales douloureuses, une sensation de pression intra-abdominale ou de distension, ou la présence de rectorragie (saignement rectal). Les signes vitaux doivent être pris avant et après la procédure.

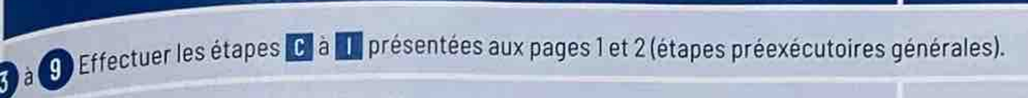
Les lavements de type Fleet[MD] sont des solutions à base de phosphates de sodium fournies par la pharmacie. Les lavements en sac à préparer par l'infirmière consistent en de l'eau tiède du robinet à laquelle elle ajoute du savon liquide doux (de Castille). Pour un enfant, il est recommandé d'utiliser plutôt une solution isotonique, afin de prévenir le risque de déséquilibre hydroélectrolytique ou de rétention hydrique. Une ordonnance médicale (individuelle ou collective selon le cas) est requise pour l'administration de tout lavement évacuant.

Matériel

- Bassin hygiénique (bassine) ou chaise d'aisance 1
- Papier hygiénique 2
- Débarbouillettes, serviette et savon 3
- Lavement Fleet[MD] avec embout rectal 4
- Sac à lavement 5
- Savon de Castille ou autre, selon l'ordonnance médicale 6
- Lubrifiant hydrosoluble 7
- Gants non stériles 8
- Piqué jetable 9
- Eau du robinet tiède ou à la température ambiante
- Tige à perfusion



Étapes préexécutoires	Justifications
1 Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).	
2 **Consulter l'ordonnance médicale. Vérifier :** • **le type et la quantité de solution à administrer ;** • **la raison du lavement,** par exemple pour la préparation à une procédure spéciale (examen paraclinique, chirurgie) ou pour le soulagement de la constipation.	



Étapes préexécutoires	Justifications
3 à 9 Effectuer les étapes C à I présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
10 **Placer le lit à la hauteur recommandée** selon les principes de déplacement sécuritaire des bénéficiaires (PDSB). Si les ridelles sont levées, abaisser celle du côté où l'on se tient ; si les ridelles sont abaissées, relever seulement celle de l'autre côté du lit.	Afin d'avoir un accès direct à la personne et de prévenir le risque de chute du côté opposé. La personne peut également s'aider de la ridelle levée afin de se replacer dans le lit.
 ÉVALUATION 11 **Évaluer la capacité de la personne à se mouvoir** et prendre en compte ses restrictions physiques, le cas échéant.	Afin de prévoir l'aide nécessaire, au besoin.
 ÉVALUATION 12 **Évaluer la capacité de la personne à comprendre la procédure** et à y collaborer.	Pour déterminer le degré d'autonomie de la personne quant à la procédure ou, le cas échéant, l'aide qui devra lui être apportée.
 ÉVALUATION 13 **Procéder à l'examen physique abdominal de la personne.** Rechercher la présence ou l'absence de bruits intestinaux, de distension abdominale, de constipation, de douleur, de nausées ou d'un globe vésical.	Afin de recueillir des données de référence pour une évaluation ultérieure des fonctions d'élimination de la personne.
 ÉVALUATION 14 **Vérifier auprès de la personne :** • **ses habitudes d'élimination ;** • **sa capacité à maîtriser son sphincter anal ;** • **la date de sa dernière selle ;** • **la présence de douleurs abdominales ou d'hémorroïdes ;** • sa capacité à se déplacer.  ALERTE CLINIQUE **Contre-indications au lavement évacuant** Les lavements évacuants sont contre-indiqués en présence d'hypertension intracrânienne, de glaucome ou à la suite d'une intervention chirurgicale récente au rectum ou à la prostate.	Ces renseignements complètent l'évaluation initiale ou en cours d'évolution et permettent de justifier s'il est nécessaire ou non d'administrer un lavement.

Étapes exécutoires	Justifications
15 **Demander à la personne de s'installer en position de décubitus latéral gauche,** la jambe droite légèrement fléchie, selon sa tolérance ou les restrictions liées à son état de santé.	Car cette position permet à la solution de s'écouler par gravité en suivant la courbe naturelle du rectum et du côlon sigmoïde.
16 **Découvrir seulement la région rectale.** **Placer un piqué sous les fesses de la personne.**	Afin de respecter la pudeur de la personne. Pour éviter de souiller la literie.
17 **Placer le bassin hygiénique ou la chaise d'aisance à un endroit facile d'accès.** Si la personne doit se rendre aux toilettes, s'assurer que la salle de bain est libre avant de commencer l'administration du lavement.	Car la personne pourra difficilement retenir la solution une fois que celle-ci aura été administrée.

SITUATION CLINIQUE

Étant donné la situation de monsieur Miller, laquelle des trois options (bassin hygiénique, chaise d'aisance ou toilettes) devriez-vous privilégier ? Justifiez votre réponse.

Étapes exécutoires	Justifications
18 **Procéder à l'administration du lavement évacuant** selon l'une des méthodes suivantes. **18.1** Administrer un lavement Fleet[MD] (phosphates de sodium) préparé. **18.2** Administrer un lavement en sac à préparer.	
18.1 **Administrer un lavement Fleet[MD] (phosphates de sodium) préparé.**	
18.1.1 Mettre des gants non stériles.	Pour se protéger des liquides biologiques de la personne et éviter la transmission d'agents pathogènes.
18.1.2 Retirer le capuchon recouvrant l'embout rectal prélubrifié du flacon de lavement et faire le vide d'air.	
18.1.3 Écarter délicatement les fesses de la personne pour exposer l'anus. Demander à la personne de se détendre en expirant lentement par la bouche.	
18.1.4 Introduire doucement l'embout rectal du flacon de lavement dans le rectum. 	Afin d'éviter de blesser la muqueuse rectale.
18.1.5 Comprimer le flacon jusqu'à ce que toute la solution soit introduite dans l'ampoule rectale. Aviser la personne qu'il est important de retenir la solution de 5 à 15 minutes avant de déféquer. Passer à l'étape **19**.	Car même en petite quantité, les solutions hypertoniques peuvent stimuler le réflexe de défécation.
18.2 **Administrer un lavement en sac à préparer.**	

Étapes exécutoires	Justifications
18.2.1 Fermer le presse-tube à glissière de la tubulure du sac. 	Afin d'éviter l'écoulement du liquide pendant le remplissage du sac.
18.2.2 Remplir le sac à lavement d'eau tiède selon l'ordonnance médicale et en fonction de l'âge de la personne.	Une eau trop chaude risque de brûler la muqueuse intestinale ; l'eau froide peut causer des crampes abdominales et est difficile à retenir.
Y ajouter un sachet de savon.	Les sachets de savon sont préemballés et contiennent le nombre de millilitres requis.

Âge	Quantité d'eau
2 à 4 ans	240 à 360 mL
5 à 10 ans	360 à 480 mL
11 à 18 ans	480 à 720 mL
Adulte	500 à 1000 mL

Sources : Centre hospitalier universitaire vaudois (2021); Fong (2018); Hockenberry, Wilson et Rodgers (2019).

Étapes exécutoires	Justifications
18.2.3 Vérifier la température de la solution en en versant quelques gouttes sur la face intérieure de votre poignet. La solution doit être tiède.	
18.2.4 Suspendre le sac à la tige à perfusion. Ouvrir le presse-tube à glissière. Procéder au vide d'air de la tubulure. Refermer le presse-tube à glissière. 	Car l'administration de l'air contenu dans la tubulure peut provoquer des crampes abdominales ou de la distension.
18.2.5 Mettre des gants non stériles.	Pour se protéger des liquides biologiques de la personne et éviter la transmission d'agents pathogènes.
18.2.6 Lubrifier la partie de la canule qui sera insérée dans le rectum de la personne avec du lubrifiant hydrosoluble. La longueur d'insertion de la canule est fonction de l'âge de la personne. 	Pour introduire plus facilement la canule rectale et prévenir les irritations et les lésions de la muqueuse.

Étapes exécutoires	Justifications

Âge	Longueur d'insertion de la canule
2 à 4 ans	5 cm
5 à 10 ans	7,5 cm
11 ans et plus	8 à 10 cm

Sources : Centre hospitalier universitaire vaudois (2021); Fong (2018); Hockenberry, Wilson et Rodgers (2019).

Étapes exécutoires	Justifications
18.2.7 Écarter délicatement les fesses de la personne pour exposer l'anus. Demander à la personne de se détendre en expirant lentement par la bouche.	
18.2.8 Introduire doucement la partie lubrifiée de la canule rectale en la dirigeant vers le nombril de la personne. L'introduire jusqu'à la profondeur d'insertion prescrite (*voir le tableau de l'étape 18.2.6*). 	Afin d'éviter de blesser la muqueuse rectale en heurtant accidentellement la paroi du rectum avec la canule rectale. Car une introduction au-delà de la limite prescrite risque de perforer les intestins.
18.2.9 Maintenir la canule dans le rectum de la main non dominante durant toute la procédure.	Car la contraction du côlon risque d'expulser la canule rectale.
18.2.10 Ouvrir le presse-tube à glissière et laisser la solution pénétrer lentement. Maintenir le sac à 30 cm au-dessus du bassin de la personne ou à une hauteur permettant le débit toléré par celle-ci.	Car une administration rapide peut provoquer l'expulsion de la canule rectale et causer des crampes abdominales.
18.2.11 Si la personne se plaint de crampes ou si du liquide s'échappe autour de la canule rectale, fermer le presse-tube à glissière, puis attendre quelques secondes avant de le rouvrir.	Car une courte interruption diminue les crampes et aide la personne à retenir le lavement.
18.2.12 Une fois la solution complètement administrée, fermer le presse-tube à glissière et retirer la canule rectale.	
18.2.13 Expliquer à la personne qu'il est normal de se sentir gonflé.	Car la solution provoque la distension du côlon.

Étapes exécutoires	Justifications
18.2.14 Demander à la personne de retenir la solution aussi longtemps qu'elle peut le tolérer tout en restant allongée (de 10 à 15 minutes). Lui suggérer de serrer les fesses pendant quelques minutes.	Car plus le lavement est retenu longtemps, plus il est efficace et stimule le péristaltisme et la défécation.
18.2.15 Jeter le sac à lavement et la tubulure dans un sac à déchets biomédicaux.	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.
19 **Retirer le piqué et les gants, et les jeter** dans le sac à déchets biomédicaux.	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
20 **Aider la personne à se rendre aux toilettes ou à s'installer sur le bassin hygiénique ou sur la chaise d'aisance.** Dire à la personne de ne pas tirer la chasse d'eau, car vous devrez évaluer les selles.	
ÉVALUATION	
21 **Évaluer les caractéristiques des selles et de la solution de retour.** Noter toute anomalie (p. ex. la présence de sang, de mucus) en vue de les consigner au dossier de la personne. **N'OUBLIEZ PAS** Si l'ordonnance médicale mentionne d'administrer le lavement « jusqu'à eau de retour claire », il faut répéter le lavement jusqu'à ce que le liquide évacué soit « clair », c'est-à-dire exempt de matières fécales. Il peut cependant être coloré.	Afin de déterminer si la solution et les selles ont été évacuées.
22 **Aider la personne à effectuer ses soins d'hygiène périnéaux** ou lui apporter le matériel pour qu'elle le fasse elle-même.	Pour favoriser le maintien de l'intégrité de la peau.
23 **Donner une lingette désinfectante à la personne** pour qu'elle se nettoie les mains.	Pour éviter la transmission des agents pathogènes contenus dans les matières fécales ou l'urine.
24 à 28 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
29 **Avertir le médecin traitant ou l'infirmière responsable** de la personne **en cas de douleur, de sang ou de débris tissulaires dans les selles.**	Afin de permettre au médecin de suivre l'évolution de l'état de la personne et de la guider dans le choix d'un traitement approprié.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure du lavement.
- Le type de lavement utilisé et le volume administré.
- Les caractéristiques des selles (p. ex. la couleur, l'odeur, la quantité).
- Le résultat de l'évaluation abdominale (examen physique abdominal).
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- Le fait que la personne n'a pas réussi à aller à la selle ou toute anomalie concernant la procédure. **Il faut également transmettre ces données au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Dossier 825936

Paul Miller

2021-06-20	07:00	Installé en décubitus latéral gauche, lavement Fleet administré I.R., retient la solution × 15 minutes. Selles semi-liquides évacuées en grande quantité à la toilette.
2021-06-20	07:30	Examen physique abdominal : présence de borborygmes à l'auscultation, abdomen souple à la palpation, pas de douleur. Annie Allard, CEPI

Notes

SECTION

9 Thérapies intraveineuses

RÉDACTION : **Vitalie Perreault**, inf., M. Sc.
RÉVISION SCIENTIFIQUE : **Wendy Camacho**, inf., B. Sc.
Cynthia Lamontagne, inf., B. Sc., M. Éd.





Ressources en ligne

- Vidéo MS 9.1
- Vidéo MS 9.2
- Vidéo MS 9.3
- Vidéo MS 9.7
- Grilles d'observation
- Solutionnaire – Questions liées aux situations cliniques

Manuel

Chapitre 15 – Équilibre hydro-électrolytique et acidobasique, p. 446
Chapitre 27 – Administration des médicaments, p. 878

Guide d'étude

J'optimise mes apprentissages en effectuant les activités proposées au chapitre 15, p. 60 à 64, et au chapitre 27, p. 111 à 116.

Information générale concernant les cathéters intraveineux

La pose d'un cathéter intraveineux est une procédure invasive. Il est essentiel de procéder en tout temps de manière aseptique à la méthode et d'évaluer l'état du site minimalement toutes les huit heures.

L'utilisation de ce type de cathéter met la personne à risque de certaines complications. Le tableau ci-dessous présente différentes complications possibles, les manifestations cliniques qui y sont associées et les interventions à effectuer selon le cas.

Complications possibles liées à l'utilisation d'un cathéter intraveineux		
Complication	**Manifestations cliniques**	**Interventions à effectuer**
Phlébite	• Érythème • Exsudat au site • Induration • Douleur au site • Sensibilité • Chaleur	• Retirer le cathéter. • Aviser l'équipe médicale ou l'infirmière praticienne spécialisée (IPS). • Assurer une surveillance pendant 48 heures après le retrait.
Infection liée au cathéter	• Frissons • Drainage au site • Œdème • Taux élevé de globules blancs • Fièvre • Hypotension • Douleur • Sensibilité	• Retirer le cathéter. • Aviser l'équipe médicale ou l'IPS. • Effectuer au besoin un examen bactériologique du cathéter ou une hémoculture.
Infiltration (solution non vésicante) ou extravasation (solution vésicante)	• Formation d'ampoules • Œdème • Fuite de liquide au site • Douleur • Résistance lors de l'écoulement • Blanchissement ou décoloration de la peau	**Infiltration** • Retirer le cathéter. • Appliquer des compresses froides au site prn. **Extravasation** • Ne pas irriguer. • Aspirer le produit. • Aviser l'équipe médicale ou l'IPS. • Retirer le cathéter après l'antidote.
Lésion nerveuse	• Paresthésie • Sensation de picotement • Fourmillements • Engourdissement • Brûlures	• Retirer le cathéter. • Aviser l'équipe médicale ou l'IPS. • Effectuer une évaluation neurovasculaire.

Complications possibles liées à l'utilisation d'un cathéter intraveineux (*suite*)		
Saignement, hématome	• Saignement au site • Bosse au site • Sensibilité	• Utiliser l'échoguidance pour l'insertion du cathéter si risque de saignement ou d'hématome. • Appliquer un agent hémostatique stérile au site. • Exercer une compression avec du froid. • Exercer une compression si saignement abondant au site. • Aviser l'équipe médicale ou l'IPS si le saignement ne s'arrête pas.
Thrombose liée au cathéter	• Syndrome post-thrombotique • Embolie pulmonaire • Thrombose veineuse profonde • Extrémités enflées • Dysfonctionnement ou occlusion du cathéter	• Retirer le cathéter. • Aviser l'équipe médicale ou l'IPS.
Embolie gazeuse	• Altération de l'état mental • Élocution changée • Arythmie • Essoufflement • Asymétrie du visage • Douleur thoracique • Toux persistante • Perte de conscience • Engourdissement • Paralysie • Dyspnée soudaine • Tachypnée • Stridor	• Aviser l'équipe médicale ou l'IPS. • Demander une aide médicale ou l'équipe d'intervention rapide (ÉIR). • Administrer une oxygénothérapie si possible. • Placer la personne sur le côté gauche et en position Trendelenburg (s'il n'y a pas de contre-indication).

Source : Adapté de Association canadienne d'accès vasculaire (ACAV) (2019).



Installation et irrigation d'un cathéter veineux avec bouchon à injections intermittentes et tubulure de rallonge

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. **Connaître la raison de l'installation de l'accès veineux.**
4. Rassembler tout le matériel nécessaire.
5. Procéder à l'hygiène des mains.
6. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
7. Expliquer la procédure de soins à la personne.
8. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
9. Assurer le maintien d'un environnement propre.
10. Assurer l'intimité de la personne.
11. Régler la hauteur du lit.

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

12. **Informer la personne quant à l'importance de bien positionner le membre sur lequel le cathéter sera installé.**
13. **Évaluer la présence de manifestations cliniques liées à une surcharge liquidienne ou à une déshydratation.**
14. **Évaluer attentivement les facteurs de risque en présence d'une clientèle particulière.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

15. **Ouvrir l'emballage du bouchon à injections intermittentes et celui de la tubulure de rallonge.**
16. **Fixer le bouchon à la tubulure de rallonge.**
17. **Désinfecter le bouchon.**
18. **Ajointer la seringue de solution saline au bouchon et procéder au vide d'air. Laisser la seringue ajointée au système.**
19. **Vérifier auprès de la personne si elle a une préférence quant au bras sur lequel le cathéter sera installé.**
20. **Localiser au moins deux veines accessibles.**
21. **Placer une serviette sous le bras de la personne.**
22. **Placer le garrot de 10 à 15 cm au-dessus du site choisi.**
23. **Palper la veine choisie.**
24. **Retirer le garrot.**
25. **Si la personne présente une pilosité abondante, couper les poils qui se trouvent au site d'insertion.**
26. **Ouvrir l'emballage du cathéter et celui de la pellicule transparente adhésive.**
27. **Mettre des gants non stériles.**
28. **Désinfecter le site d'insertion du cathéter.**
29. **Replacer le garrot en évitant de toucher au site désinfecté.**
30. **Retirer le capuchon protecteur du cathéter.**
31. **Stabiliser la veine.**
32. **Perforer la peau avec l'aiguille du cathéter.**
33. **Dès que le sang est visible dans la chambre du cathéter, abaisser celui-ci et poursuivre son insertion dans la veine.**
34. **Canuler le cathéter en le faisant glisser dans la veine.**
35. **Appuyer sur le bouton du mandrin pour rétracter l'aiguille.**
36. **Ajointer l'embout du cathéter à la tubulure de rallonge.**
37. **Vérifier la présence d'un retour veineux.**
38. **Procéder délicatement à l'irrigation.**
39. **En maintenant la pression sur le piston de la seringue, fermer le presse-tube.**
40. **Fixer le cathéter en place au moyen d'une pellicule transparente adhésive.**
41. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**
42. **Dévisser la seringue du bouchon et la jeter à la poubelle.**
43. **Faire une boucle avec la tubulure et la fixer sur l'avant-bras.**
44. **Inscrire l'information nécessaire sur le ruban adhésif et coller celui-ci directement sur le bord de la pellicule.**
45. **Retirer la serviette et la jeter dans le sac de literie souillée.**

Installation et irrigation d'un cathéter veineux avec bouchon à injections intermittentes et tubulure de rallonge

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

46 Réinstaller la personne dans le lit.

47 Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.

48 Procéder à l'hygiène des mains.

49 Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.

50 Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

51 **Vérifier la perméabilité du cathéter et examiner le site d'insertion minimalement toutes les huit heures.**

SITUATION CLINIQUE

GINETTE MALENFANT, 89 ans, a été admise pour insuffisance cardiaque décompensée. Elle a plusieurs médicaments intraveineux en bolus à recevoir. L'installation d'un cathéter veineux avec bouchon à injections intermittentes et tubulure de rallonge doit être faite afin d'avoir un accès veineux perméable.

Notions de base

L'installation d'un cathéter intraveineux avec bouchon à injections intermittentes permet un accès direct au réseau veineux pour l'administration intraveineuse de médicaments, de produits sanguins ou autres. Elle constitue un acte invasif pouvant causer des préjudices à la personne dans le cas où l'installation et la surveillance du cathéter ne sont pas faites adéquatement. Les bactériémies sur cathéters intraveineux sont les infections nosocomiales les plus fréquentes et sont directement liées à l'asepsie et à la surveillance des sites intraveineux. Lorsqu'elle détermine le site d'insertion du cathéter, l'infirmière doit toujours prendre en considération l'état et la grosseur des veines de la personne soignée, en fonction de la quantité et de la viscosité de la solution à administrer ainsi que de la durée prévue de la thérapie intraveineuse.

Les cathéters intraveineux rétractables sont, le plus souvent, munis d'une valve qui empêche l'écoulement de sang lorsque l'aiguille est insérée puis retirée. La valve deviendra non fonctionnelle une fois le cathéter installé et raccordé à la tubulure de rallonge.

Un accès veineux à injections intermittentes sert principalement à garder la voie intraveineuse ouverte en tout temps. On appelle souvent ce système CCP, pour « cathéter court périphérique », afin de le distinguer des cathéters veineux centraux (CVC). Tous les CCP et les tubulures de perfusion doivent être changés toutes les 96 heures (4 jours), ou plus tôt en présence d'une complication (infection du site, non-perméabilité de la voie, etc.). La procédure d'irrigation du CCP doit être effectuée minimalement toutes les huit heures afin de maintenir la perméabilité du système.

MS 9.1

Matériel

- Seringue d'irrigation (solution saline avec ou sans bactériostatique) ❶
- Cathéter court périphérique (calibre 18, 20 ou 22) ❷
- Tampons de chlorhexidine et d'alcool 70 % ❸
- Pellicule transparente adhésive stérile (de type Tegaderm[MD] ou autre) ❹
- Tampons d'alcool 70 % ❺
- Tubulure de rallonge avec presse-tube ❻
- Ruban adhésif hypoallergénique ❼
- Garrot ❽
- Serviette ❾
- Gants non stériles ❿
- Bouchon à injections intermittentes (bouchon à connexion sans aiguille de type clave ⓫ ou CLC 2000 ⓬)



Étapes préexécutoires	Justifications
1 et **2** Effectuer les étapes **A** et **B** présentées à la page 1 (étapes préexécutoires générales).	
3 **Connaître la raison de l'installation de l'accès veineux :** administration de médicaments intraveineux, intervention chirurgicale, examen paraclinique invasif, administration de produits sanguins.	Afin de choisir le cathéter approprié et l'endroit indiqué pour son installation.
4 à **11** Effectuer les étapes **C** à **J** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
12 Si un soluté doit aussi être ajointé à la tubulure de rallonge, **informer la personne quant à l'importance de bien positionner le membre sur lequel le cathéter sera installé** afin que la vitesse de perfusion soit respectée.	Pour favoriser la collaboration de la personne et inciter celle-ci à signaler tout ralentissement ou arrêt de la perfusion.

N'OUBLIEZ PAS 

En pédiatrie, il peut s'avérer nécessaire d'installer une attelle sous la main ou le bras de l'enfant ayant besoin d'une perfusion, surtout si le cathéter est installé près de l'articulation du poignet ou au pli du coude. Cette précaution assure un écoulement continu de la perfusion et permet à l'infirmière d'observer facilement le site d'insertion du cathéter.

ÉVALUATION 

Étapes	Justifications
13 **Évaluer la présence de manifestations cliniques liées à une surcharge liquidienne ou à une déshydratation,** telles que : • un œdème périphérique ou une ascite ; • une augmentation du poids de la personne ; • une diminution de la turgescence de la peau ou une sécheresse des muqueuses ; • une distension des veines jugulaires ;	Car une surcharge liquidienne peut ultimement mener à un œdème aigu du poumon (OAP), particulièrement chez la personne atteinte d'insuffisance cardiaque.

Étapes préexécutoires	Justifications
• une modification de la pression artérielle ; • une modification du rythme ou de la fréquence respiratoires ; • des crépitants à l'auscultation pulmonaire ; • une modification de l'état de conscience.	
ÉVALUATION  14 **Évaluer attentivement les facteurs de risque en présence d'une clientèle particulière :** enfants, personnes âgées, personnes atteintes d'insuffisance cardiaque ou rénale ou de thrombocytopénie. **ALERTE CLINIQUE** **Risque de saignement** Chez les personnes à qui l'on a administré un anticoagulant ou les personnes atteintes de thrombocytopénie, il faut être à l'affût de tout saignement au site d'insertion du cathéter ou à son pourtour.	Car ces personnes sont davantage prédisposées aux effets indésirables des médicaments et aux déséquilibres hydroélectrolytiques.

Étapes exécutoires	Justifications
15 **Ouvrir l'emballage du bouchon à injections intermittentes et celui de la tubulure de rallonge** sans les contaminer. En présence d'un système stérile avec bouchon et tubulure de rallonge déjà assemblés, passer à l'étape 17.	Pour assurer la stérilité du bouchon et de la tubulure et éviter la transmission d'agents pathogènes.
16 **Fixer le bouchon à la tubulure de rallonge** sans contaminer les extrémités.	Afin de préserver la stérilité du système.
17 **Désinfecter le bouchon** avec un tampon d'alcool 70 % pendant 30 secondes et laisser sécher pendant 30 secondes.	
18 **Ajointer la seringue de solution saline au bouchon et procéder au vide d'air** en appuyant doucement sur le piston. Arrêter dès que la solution arrive à la fin de la rallonge. **Laisser la seringue ajointée au système** et ne pas fermer le presse-tube. 	Pour éviter que de l'air pénètre dans la circulation sanguine. Afin que le système soit prêt pour l'irrigation lors de son branchement au cathéter.
19 **Vérifier auprès de la personne si elle a une préférence quant au bras sur lequel le cathéter sera installé.** Privilégier un site dans la partie distale du bras, à un endroit qui ne nuira pas aux activités de la vie quotidienne de la personne.	Afin de favoriser l'autonomie de la personne. Car en cas de changement du site d'insertion du cathéter, la veine peut seulement être réutilisée entre le site précédent et l'épaule de la personne, c'est-à-dire à un endroit plus haut que le site précédent. La veine ne pourra pas être repiquée entre le site et la main, puisqu'elle n'est plus intacte dans toute la partie plus basse que le site précédent.

MS 9.1

Étapes exécutoires	Justifications
20 **Localiser au moins deux veines accessibles** sur la main ou à l'avant-bras. Opter pour une veine droite, non noueuse, de bon calibre et souple à la palpation telle que les veines radiale, céphalique, cubitale, basilique et médiane. Éviter les veines localisées dans un pli articulaire.	Pour avoir une deuxième option en cas d'échec de l'installation.

ALERTE CLINIQUE

Choix du site d'insertion

Il est important de choisir un site d'insertion qui ne se trouve pas à proximité des sites utilisés antérieurement. Il est aussi recommandé d'éviter les veines sclérosées ou durcies, les zones infiltrées ou contusionnées et celles qui présentent des cicatrices de brûlure ou une bifurcation des vaisseaux.

SITUATION CLINIQUE

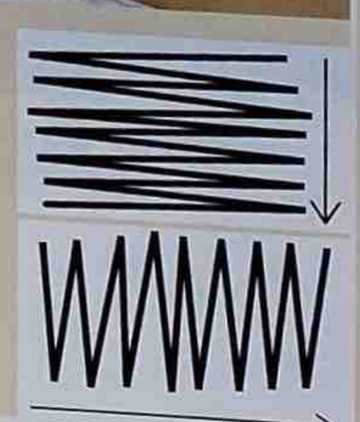
La veine de madame Malenfant est droite, mais fine. Quelle grosseur de cathéter devriez-vous privilégier ?

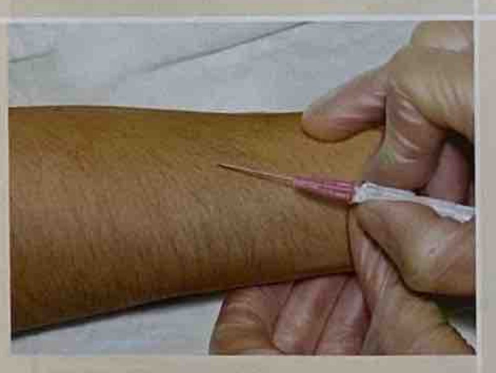
Étapes exécutoires	Justifications
21 **Placer une serviette sous le bras de la personne** au niveau du site d'installation choisi.	Afin d'assurer le confort de la personne et pour éviter de souiller la literie en présence d'un cathéter sans valve.
22 **Placer le garrot de 10 à 15 cm au-dessus du site choisi.** S'assurer qu'il est suffisamment serré pour effectuer son effet de compression. 	Car s'il est placé trop près du site de ponction, le risque d'éclatement de la veine se trouve augmenté. Afin d'être en mesure de bien visualiser la veine.

N'OUBLIEZ PAS !

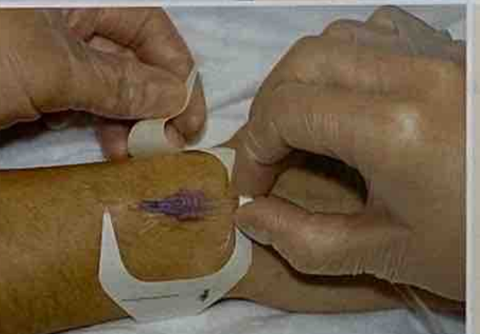
Le garrot peut être posé par-dessus un vêtement ou remplacé par un brassard à pression afin de diminuer l'inconfort de la personne.

Étapes exécutoires	Justifications
23 **Palper la veine choisie** en exerçant une pression avec la pulpe des doigts. Si la deuxième veine localisée est accessible, la palper également afin de la comparer à la première. Noter les sensations de rebondissement au moment où la pression est relâchée. Utiliser toujours les mêmes doigts pour palper chaque veine. 	Car les rebondissements indiquent que la veine est bien gonflée et assez dilatée pour y accueillir le cathéter. L'utilisation des mêmes doigts permet de mieux comparer les veines.

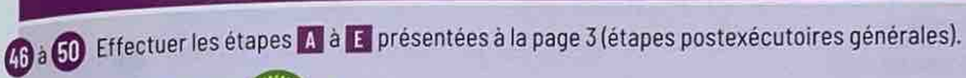
Étapes exécutoires	Justifications
  **N'OUBLIEZ PAS** Pour favoriser la vasodilatation de la veine et rendre celle-ci plus visible, on peut demander à la personne de serrer et de desserrer la main, tapoter le site, placer le bras en position déclive pour que la veine se dilate et soit bien palpable ou encore déposer une serviette humide chaude sur le site cinq minutes avant la procédure.	
24 **Retirer le garrot.**	Car s'il est maintenu en place trop longtemps, il causera un engourdissement dans le bras et augmentera le risque d'éclatement de la veine au moment de l'insertion du cathéter.
25 **Si la personne présente une pilosité abondante, couper les poils qui se trouvent au site d'insertion.** Ne pas utiliser un rasoir à lames, mais plutôt une tondeuse électrique ou des ciseaux.	Afin de favoriser la visibilité de la veine et l'adhérence de la pellicule transparente. Le rasoir peut provoquer des microlésions qui augmenteront les risques d'infection.
26 **Ouvrir l'emballage du cathéter et celui de la pellicule transparente adhésive.** Placer tout le matériel à portée de main, près du site choisi.	Afin de pouvoir ajointer rapidement le système d'irrigation au cathéter une fois la veine perforée.
27 **Mettre des gants non stériles.**	Afin de se protéger du sang de la personne et d'éviter la transmission d'agents pathogènes.
28 **Désinfecter le site d'insertion du cathéter** avec deux tampons de chlorhexidine et d'alcool 70 %, en exerçant une friction suivant deux types de mouvements.  1. Avec le premier tampon, effectuer des mouvements horizontaux, du haut vers le bas. 2. Avec le deuxième tampon, effectuer des mouvements verticaux, de gauche à droite. 	Cette méthode à deux mouvements permet de désinfecter le site plusieurs fois sous différents angles, de manière à optimiser l'asepsie de toute la surface de la peau qui sera recouverte de la pellicule transparente et à prévenir l'entrée d'agents pathogènes dans la circulation sanguine au site d'insertion du cathéter. Les deux types de mouvements combinés à la friction permettent de déloger les agents pathogènes des microlésions de la peau et des poils environnants.

Étapes exécutoires	Justifications
Couvrir un diamètre de désinfection de 5 cm et attendre au moins 30 secondes qu'il sèche entièrement. Cela peut prendre jusqu'à 90 secondes. Ne pas toucher la région désinfectée.  **Prévention des infections** On ne doit jamais agiter la main au-dessus du site, souffler dessus ou l'éponger avec une compresse, même stérile. Ces actions contaminent le site et favorisent l'entrée de microorganismes dans la circulation sanguine de la personne.	Ce délai permet à l'antiseptique de produire son effet et évite une sensation de brûlure au moment de l'insertion du cathéter.
29 **Replacer le garrot en évitant de toucher au site désinfecté.** Le cas échéant, reprendre la désinfection.  ALERTE CLINIQUE **Risque de complications** On ne doit pas insérer un cathéter de perfusion pour hémodialyse en cas de paralysie, de paresthésie, de lymphœdème, de fracture, de chirurgie récente ou de fistule artérioveineuse ni l'insérer du côté où a été effectuée une mastectomie.	Afin de bien visualiser la veine.
30 **Retirer le capuchon protecteur du cathéter** de façon stérile.	Afin de prévenir l'entrée d'agents pathogènes dans la circulation sanguine au site d'insertion au moment de piquer avec le cathéter.
31 **Stabiliser la veine** choisie en y exerçant une pression avec le pouce de la main non dominante, en dehors de la surface de désinfection de 5 cm. 	Pour immobiliser la veine afin de faciliter l'insertion du cathéter.

Étapes exécutoires		Justifications
32 **Perforer la peau avec l'aiguille du cathéter** à un angle d'environ 30°, le biseau orienté vers le haut.		
33 **Dès que le sang est visible dans la chambre du cathéter, abaisser celui-ci** d'environ 15° **et poursuivre son insertion dans la veine** sur environ 0,5 cm.		Car l'angle de 15° permet de suivre la veine en évitant de la transpercer. Poursuivre l'insertion assure que la totalité de l'extrémité du cathéter se trouve bien dans la veine et pas seulement l'aiguille.
34 Tout en retenant le mandrin, **canuler le cathéter en le faisant glisser dans la veine** jusqu'à ce que l'embout soit à 1 mm du site d'insertion.		En laissant un espace de 1 mm, on évite que l'embout fasse élargir le site lors de la mobilisation de la personne. On prévient ainsi les fuites de sang ou de soluté au site d'insertion pour la durée de l'installation du système.
35 **Appuyer sur le bouton du mandrin pour rétracter l'aiguille** de manière sécuritaire.		Afin de prévenir les piqûres accidentelles.
36 **Ajointer l'embout du cathéter à la tubulure de rallonge** de manière stérile. Bien visser le verrou de sécurité de la tubulure de rallonge. Si vous avez touché au site ou à la surface qui sera recouverte par la pellicule transparente, reprendre la désinfection avec un tampon de chlorhexidine et d'alcool 70 % du site vers la périphérie.		Pour compléter l'installation du système et assurer l'étanchéité du point de jonction.
37 Avec la seringue laissée en place lors du vide d'air, **vérifier la présence d'un retour veineux** en aspirant doucement pour voir le sang dans la tubulure.		Afin de confirmer la perméabilité du cathéter.

Étapes exécutoires		Justifications
38 **Procéder délicatement à l'irrigation** selon la technique avec turbulence (par petits coups saccadés).		Afin de rincer la tubulure et le cathéter. La technique avec turbulence aide à déloger tout dépôt dans la lumière du cathéter.
N'OUBLIEZ PAS  La quantité injectée de NaCl 0,9 % pour un cathéter court périphérique est généralement de 3 à 5 mL. Il faut consulter le protocole en vigueur dans l'établissement à ce sujet. La quantité injectée ne doit pas être inscrite au dosage des ingesta et des excreta, le cas échéant.		
39 **En maintenant la pression sur le piston de la seringue, fermer le presse-tube** de la main non dominante.		Afin de créer une pression positive et d'éviter le reflux de sang dans le cathéter au moment de retirer la seringue d'irrigation.
40 **Fixer le cathéter en place au moyen d'une pellicule transparente adhésive** stérile en s'assurant de couvrir l'embout de la tubulure.		Afin d'assurer la stérilité du site intraveineux et d'éviter le risque de disjonction accidentelle de la tubulure.
41 **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**		Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.
42 **Dévisser la seringue du bouchon et la jeter à la poubelle.**		
43 **Faire une boucle avec la tubulure et la fixer sur l'avant-bras** avec du ruban adhésif hypoallergénique. Ne jamais enrouler le ruban autour du bras.		Afin de réduire le risque de traction accidentelle sur le cathéter. Car un ruban enroulé autour du bras ferait l'effet d'un garrot et nuirait à la circulation.

Étapes exécutoires	Justifications
44 **Inscrire l'information nécessaire sur le ruban adhésif** fourni avec la pellicule transparente **et coller celui-ci directement sur le bord de la pellicule.** 	Afin de pouvoir déterminer la date du changement du cathéter.
45 **Retirer la serviette et la jeter dans le sac de literie souillée.**	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
 46 à 50 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	

N'OUBLIEZ PAS 

Selon les établissements, les irrigations peuvent être consignées dans les notes d'évolution de la personne ou sur la feuille d'administration des médicaments (FADM). Cependant, une note décrivant l'état du site d'insertion du cathéter doit être ajoutée au dossier à chaque quart de travail.

ÉVALUATION 

51 **Vérifier la perméabilité du cathéter et examiner le site d'insertion minimalement toutes les huit heures,** afin de déceler tout signe d'infiltration ou d'infection.	Afin de prévenir les complications et les risques de contamination du site intraveineux par prolifération bactérienne.

ALERTE CLINIQUE

Risque de complications

Si le site d'insertion du cathéter présente des signes d'infection, d'inflammation ou d'infiltration, il faut retirer le cathéter et en installer un nouveau à un autre endroit. La note au dossier doit être précise et décrire exactement l'état du site problématique. Le PTI doit indiquer ce constat, et les directives doivent minimalement comprendre une surveillance toutes les huit heures.

MS 9.1

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure de l'installation du système d'irrigation intermittente.
- La solution d'irrigation et la quantité administrée.
- L'état du site d'insertion du cathéter.
- La perméabilité du cathéter (présence de retour veineux et absence de résistance au moment de l'injection).
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- Toute réaction anormale ou indésirable survenue à la suite des soins. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Ginette Malenfant **Dossier 564231**

2021-04-20 11:00 Cathéter n° 22 installé ABD. Site intact. Retour veineux +, irrigué c̄ NS 3 mL. Procédure bien tolérée. Sylvie Trottier, inf.

Notes



Installation d'une perfusion intraveineuse périphérique

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments (« 7 bons »).**
5. **Vérifier la date d'expiration et l'aspect du soluté.**
6. **S'assurer de connaître l'effet thérapeutique prévu de la perfusion administrée.**
7. **Vérifier la compatibilité des médicaments intraveineux et des adjuvants.**
8. **Connaître la raison de l'administration de la perfusion.**
9. Procéder à l'hygiène des mains.
10. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
11. Expliquer la procédure de soins à la personne.
12. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
13. Assurer le maintien d'un environnement propre.
14. Assurer l'intimité de la personne.
15. Régler la hauteur du lit.
16. **Informer la personne quant à l'importance de bien positionner le membre sur lequel le cathéter est installé.**
17. **Vérifier les antécédents médicaux de la personne.**
18. **Évaluer la présence de manifestations cliniques liées à une surcharge liquidienne ou à une déshydratation.**
19. **Évaluer attentivement les facteurs de risque en présence d'une clientèle particulière.**

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

20. **Préparer la perfusion intraveineuse.**
    - **20.1 Choisir le sac à perfusion correspondant à l'ordonnance.**
    - **20.2 S'il y a lieu, ajouter les additifs prescrits.**
    - **20.3 Identifier le sac de manière appropriée.**
    - **20.4 Sortir la tubulure de perfusion de son emballage.**
    - **20.5 Déplacer le régulateur de débit de 2 à 5 cm sous la chambre compte-gouttes et le fermer.**
    - **20.6 Suspendre le sac et retirer la gaine protectrice.**
    - **20.7 Retirer le capuchon protecteur du perforateur de la tubulure et l'insérer fermement dans le site d'insertion du sac.**
    - **20.8 Comprimer la chambre compte-gouttes et la relâcher pour la remplir.**
    - **20.9 Retirer le capuchon protecteur de l'embout de la tubulure de perfusion.**
    - **20.10 Ouvrir le régulateur de débit et procéder au vide d'air complet.**
    - **20.11 Fermer le régulateur de débit et remettre le capuchon protecteur sur l'embout de la tubulure de perfusion.**
    - **20.12 Vérifier la présence de bulles d'air dans la tubulure.**
    - **20.13 Apposer une étiquette d'identification sur la tubulure.**
21. **Installer la perfusion intraveineuse.**
    - **21.1 Suspendre le sac à perfusion au moins 75 cm plus haut que le site intraveineux.**
    - **21.2 Désinfecter le bouchon à injections intermittentes.**
    - **21.3 Ajointer la seringue au bouchon en la vissant complètement.**
    - **21.4 Ouvrir le presse-tube.**
    - **21.5 Aspirer doucement pour vérifier le retour veineux, puis injecter le NaCl 0,9 %.**
    - **21.6 Dévisser la seringue et la jeter à la poubelle.**
    - **21.7 Désinfecter le bouchon à injections intermittentes.**

21.8 **Ajointer l'embout de la tubulure de perfusion au bouchon à injections intermittentes. Bien visser le verrou de sécurité.**

21.9 **Démarrer la perfusion à un bas débit.**

21.10 **Fixer la tubulure sur l'avant-bras, au-dessus de la pellicule transparente adhésive qui couvre le cathéter.**

22 **Calculer et régler le débit de la perfusion intraveineuse.**

22.1 **Prendre connaissance du facteur d'écoulement du perfuseur.**

22.2 **Si le débit horaire n'est pas précisé dans l'ordonnance médicale, le calculer.**

22.3 **Inscrire le débit horaire sur l'étiquette d'identification.**

22.4 **Calculer le débit de perfusion en gouttes par minute.**

22.5 **Régler le débit de la perfusion intraveineuse.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

23 Réinstaller la personne dans le lit.

24 Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.

25 Procéder à l'hygiène des mains.

26 Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.

27 Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

28 **Évaluer les réactions de la personne à la thérapie intraveineuse.**

29 **Vérifier le débit de perfusion chaque heure.**

30 **Vérifier la perméabilité du cathéter et examiner le site d'insertion minimalement toutes les huit heures.**

SITUATION CLINIQUE

CHARLES JOSEPH, 75 ans, est hospitalisé en raison d'une décompensation de son insuffisance cardiaque. À son arrivée, il était dyspnéique et présentait un œdème à godet important aux membres inférieurs. À l'auscultation en face postérieure, des crépitants étaient présents aux lobes inférieurs. Il a reçu de fortes doses de furosémide (Lasix[MD]) intraveineux en bolus. Son état s'étant amélioré, le médecin décide de combler l'hypokaliémie par une perfusion de chlorure de potassium (KCL) 40 mEq/1L à 40 mL/h.

Notions de base

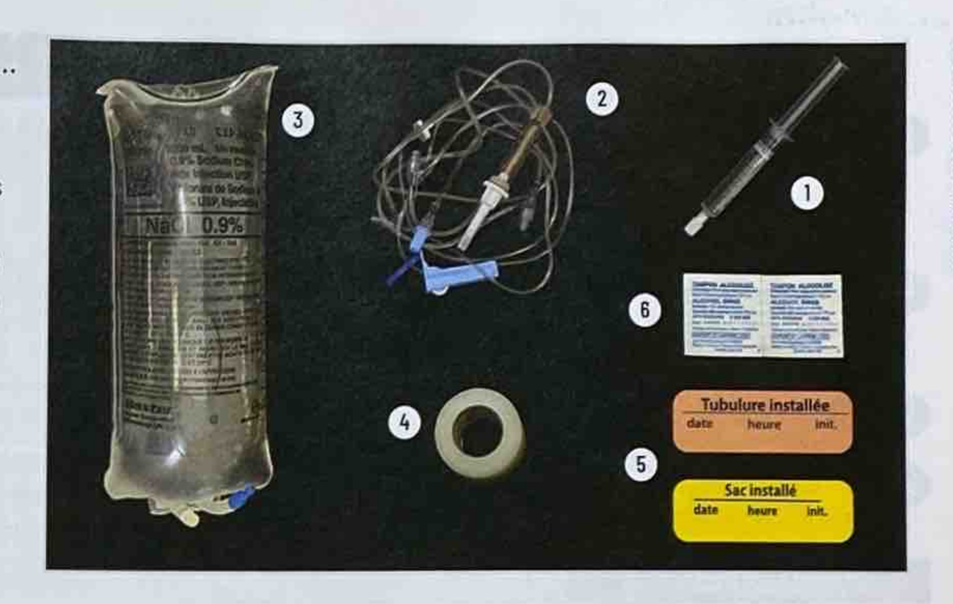
Les solutions intraveineuses sont administrées au moyen de tubulures munies de perfuseurs à macrogouttes ou à microgouttes, à l'aide ou non d'une pompe volumétrique (*voir la figure ci-contre*). Les complications liées à la thérapie intraveineuse les plus fréquentes sont l'infection du site et l'infiltration de la solution dans les tissus sous-cutanés. Le détail des complications possibles, des manifestations cliniques qui y sont associées et des interventions à effectuer selon le cas est présenté sous forme de tableau en début de section (p. 486).

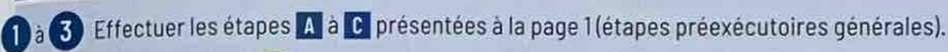


Parties d'une tubulure de perfusion

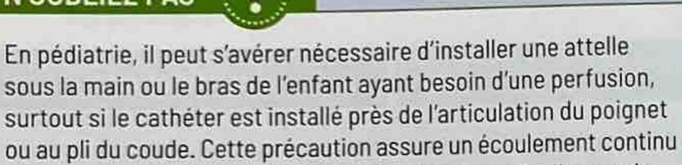
Matériel

- Seringue de solution saline préremplie de 10 mL ❶
- Tubulure de perfusion macrogouttes ou microgouttes ❷
- Solution intraveineuse prescrite ❸
- Ruban adhésif hypoallergénique ❹
- Étiquettes d'identification autocollantes ❺
- Tampons d'alcool 70 % ❻
- Calculatrice
- Attelle, au besoin



Étapes préexécutoires	Justifications
1 à **3** Effectuer les étapes **A** à **C** présentées à la page 1 (étapes préexécutoires générales).  N'OUBLIEZ PAS  Les solutés sont des médicaments et doivent être administrés dans le respect d'une ordonnance médicale. Celle-ci peut prendre la forme d'un protocole, d'une ordonnance individuelle ou d'une ordonnance collective.	
4 **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments,** communément appelés les « **7 bons** », pour chaque médicament : 1. le bon médicament ; 2. à la bonne dose ; 3. à la bonne personne ; 4. par la bonne voie d'administration ; 5. au bon moment ; 6. en produisant la bonne documentation (exactitude de l'inscription de l'administration du médicament sur la feuille d'administration des médicaments [FADM] ou au dossier de la personne) ; 7. en assurant la bonne surveillance des effets attendus et des effets indésirables des médicaments administrés.	Pour assurer une administration sécuritaire et adéquate du médicament.
5 **Vérifier la date d'expiration et l'aspect du soluté.** Ne pas administrer un soluté dont la date d'expiration est dépassée ou dont l'apparence est altérée.	Car un soluté périmé peut s'avérer instable sur le plan chimique, être inefficace ou ne plus être stérile.
6 **S'assurer de connaître l'effet thérapeutique prévu de la perfusion administrée :** son type, son action, ses effets indésirables, ses interactions avec d'autres médicaments et les éléments à surveiller à la suite de son administration.	Afin d'administrer le soluté de façon sécuritaire et de surveiller les réactions de la personne au traitement.

MS 9.2

Étapes préexécutoires	Justifications
7 **Vérifier la compatibilité des médicaments intraveineux et des adjuvants** en consultant le tableau de compatibilité des molécules et des solutions.	Car un mélange de solutions ou de médicaments incompatibles peut générer des réactions indésirables, voire mortelles.
8 **Connaître la raison de l'administration de la perfusion :** intervention chirurgicale, examen paraclinique invasif, administration de produits sanguins ou de médicaments intraveineux.	Afin de choisir le cathéter approprié et l'endroit indiqué pour son installation.
9 à **15** Effectuer les étapes **D** à **J** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
16 **Informer la personne quant à l'importance de bien positionner le membre sur lequel le cathéter est installé** afin que la vitesse de perfusion soit respectée. **N'OUBLIEZ PAS !**  En pédiatrie, il peut s'avérer nécessaire d'installer une attelle sous la main ou le bras de l'enfant ayant besoin d'une perfusion, surtout si le cathéter est installé près de l'articulation du poignet ou au pli du coude. Cette précaution assure un écoulement continu de la perfusion et permet à l'infirmière d'observer facilement le site d'insertion du cathéter.	Pour favoriser la collaboration de la personne et inciter celle-ci à signaler tout ralentissement ou arrêt de la perfusion.
17 **Vérifier les antécédents médicaux de la personne** ainsi que ses allergies médicamenteuses ou alimentaires. Le cas échéant, s'assurer que la personne porte un bracelet indiquant ses allergies. **ALERTE CLINIQUE** **Allergie médicamenteuse** Il ne faut pas administrer à la personne un médicament auquel elle est allergique. Les allergies médicamenteuses doivent être inscrites dans le dossier de la personne et dans le PSTI. Il faut également inscrire au PTI toute allergie pouvant avoir une incidence sur le traitement de la personne au cours de son hospitalisation. La personne doit porter un bracelet qui indique les médicaments auxquels elle est allergique.	Pour prévenir une réaction allergique ou indésirable à la suite de l'administration du soluté.
ÉVALUATION  **18** **Évaluer la présence de manifestations cliniques liées à une surcharge liquidienne ou à une déshydratation,** telles que : • un œdème périphérique ou une ascite ; • une augmentation du poids de la personne ; • une diminution de la turgescence de la peau ou une sécheresse des muqueuses ; • une distension des veines jugulaires ; • une modification de la pression artérielle ; • une modification du rythme ou de la fréquence respiratoires ; • des crépitants à l'auscultation pulmonaire ; • une modification de l'état de conscience.	Car une surcharge liquidienne peut ultimement mener à un œdème aigu du poumon (OAP), particulièrement chez la personne atteinte d'insuffisance cardiaque.

Étapes préexécutoires	Justifications
ÉVALUATION	
19 **Évaluer attentivement les facteurs de risque en présence d'une clientèle particulière :** enfants, personnes âgées, personnes atteintes d'insuffisance cardiaque ou rénale ou de thrombocytopénie.	Car ces personnes sont davantage prédisposées aux déséquilibres hydroélectrolytiques.
ALERTE CLINIQUE **Risque de saignement** Chez les personnes à qui l'on a administré un anticoagulant ou les personnes atteintes de thrombocytopénie, il faut être à l'affût de tout saignement au site d'insertion du cathéter ou à son pourtour.	

Étapes exécutoires	Justifications
20 **Préparer la perfusion intraveineuse** en suivant les étapes ci-après.	
20.1 **Choisir le sac à perfusion correspondant à l'ordonnance** et vérifier que : • le type de solution inscrit sur le sac correspond à l'ordonnance ; • la quantité de solution dans le sac correspond à celle inscrite sur le sac ; • la solution est limpide et exempte de dépôts ; • la date d'expiration de la solution n'est pas dépassée.	Afin de s'assurer que le sac est intact et stérile.
SITUATION CLINIQUE Étant donné l'insuffisance cardiaque et la surcharge liquidienne de monsieur Joseph, quel type de solution le médecin devrait-il prescrire pour l'ajout de KCl : une solution isotonique ou hypertonique ? (*Consultez le chapitre 15 de* Fondements généraux *[Potter, Perry, Stockert et al., 2022], tableau 15.32, p. 481.*)	
20.2 **S'il y a lieu, ajouter les additifs prescrits** à l'ordonnance (potassium, insuline, etc.) dans la solution de perfusion. **ALERTE CLINIQUE** **Les 5 premiers « bons »** Avant d'ajouter des additifs dans la solution de perfusion, il est important vérifier les 5 premiers bons (le bon médicament ; à la bonne dose ; à la bonne personne ; par la bonne voie d'administration ; au bon moment) et de s'assurer de la compatibilité de ces additifs avec la solution.	Afin de respecter l'ordonnance médicale et d'administrer la bonne perfusion à la personne.
20.3 **Identifier le sac de manière appropriée,** en prenant soin de ne pas couvrir les renseignements d'identification qui y figurent. a) Si le sac de solution est utilisé sans additif : utiliser une étiquette simple comportant la date, l'heure et les initiales de l'infirmière.	Pour assurer le remplacement du sac 24 heures et de la tubulure 96 heures après l'installation de la perfusion.

Étapes exécutoires	Justifications
b) Si des additifs ont été ajoutés à la solution : utiliser une étiquette rouge.	Afin de préciser quels sont les médicaments qui ont été ajoutés à la solution dans le sac.
Ajouter une réglette autocollante sur le sac s'il s'écoule par gravité.	Afin de vérifier approximativement la quantité écoulée advenant un dérèglement du débit.
20.4 Sortir la tubulure de perfusion de son emballage de façon aseptique en préservant la stérilité des deux extrémités. Pour ce faire, enrouler la tubulure dans la main non dominante.	Afin d'éviter de contaminer l'extrémité de la tubulure, qui pourrait toucher le sol en étant laissée à sa pleine longueur.
N'OUBLIEZ PAS  En cas d'utilisation d'un soluté par gravité, une tubulure microgouttes devra être utilisée si le débit est inférieur à 60 mL/h et une tubulure macrogouttes sera nécessaire pour un débit supérieur à 60 mL/h.	
20.5 Déplacer le régulateur de débit de 2 à 5 cm sous la chambre compte-gouttes ou le plus près possible de celle-ci **et le fermer.** 	Afin de faciliter le réglage du débit.
20.6 Suspendre le sac à la tige à perfusion **et retirer la gaine protectrice** du site d'insertion du sac. 	Afin de pouvoir y insérer le perforateur.
20.7 Retirer le capuchon protecteur du perforateur de la tubulure et l'insérer fermement dans le site d'insertion du sac, tout en préservant la stérilité du perforateur et du site d'insertion. 	Car la stérilité doit être maintenue afin de ne pas contaminer la solution.

Étapes exécutoires		Justifications
20.8 Comprimer la chambre compte-gouttes et la relâcher pour la remplir jusqu'à la ligne de démarcation (environ la moitié).		Car le relâchement de la pression produit un effet de succion, permettant au liquide d'entrer dans la chambre compte-gouttes.
Si la chambre est trop remplie, pincer la tubulure sous la chambre, renverser le sac et comprimer la chambre compte-gouttes. Une fois la chambre vidée, retourner le sac et replacer celui-ci sur la tige.		Afin d'avoir une chambre remplie à environ la moitié pour permettre l'écoulement du soluté par gravité.

N'OUBLIEZ PAS 

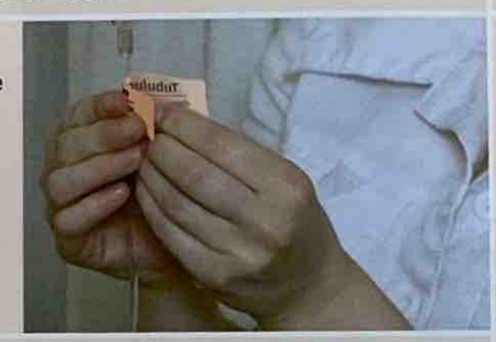
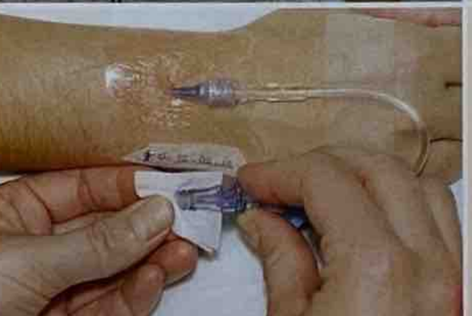
Le compte-gouttes ne doit jamais être submergé, car il serait alors impossible de vérifier l'écoulement des gouttes et, au besoin, de régler le débit de la perfusion.

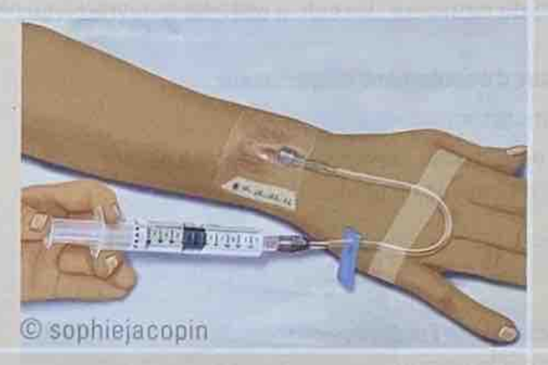
Étapes exécutoires		Justifications
20.9 Retirer le capuchon protecteur de l'embout de la tubulure de perfusion et le déposer, partie extérieure vers la table, sur un tampon d'alcool ouvert, en évitant de le contaminer.	 © sophiejacopin	Afin de préserver sa stérilité, car il sera remis en place une fois le vide d'air terminé.
20.10 Ouvrir le régulateur de débit et procéder au vide d'air complet de la tubulure. Le vide d'air des dérivations en Y s'effectue en les renversant et en leur donnant des chiquenaudes pour expulser l'air et les remplir de solution.		Car le vide d'air se fait par gravité.

ALERTE CLINIQUE

Risque d'embolie gazeuse

Les dérivations en Y doivent être remplies de solution, sinon l'air qui s'y trouve risque d'être injecté dans les veines de la personne au moment de leur utilisation.

Étapes exécutoires		Justifications
20.11 Fermer le régulateur de débit et remettre le capuchon protecteur sur l'embout de la tubulure de perfusion. Utiliser un bouchon stérile si le capuchon protecteur a été contaminé.		Afin de maintenir la stérilité du système de perfusion.
20.12 Vérifier la présence de bulles d'air dans la tubulure. En présence de bulles d'air, déloger celles-ci en donnant des chiquenaudes sur la tubulure afin qu'elles remontent en direction de la chambre compte-gouttes. Au besoin, retirer le capuchon protecteur de la tubulure et évacuer l'air en faisant couler quelques millilitres de solution.		Car la présence d'air dans les veines de la personne peut provoquer une embolie gazeuse.
20.13 Apposer une étiquette d'identification sur la tubulure près de la chambre compte-gouttes.		Afin de prévoir le changement de la tubulure dans 96 heures (4 jours).
21 Installer la perfusion intraveineuse en suivant les étapes ci-après.		
21.1 Suspendre le sac à perfusion au moins 75 cm plus haut que le site intraveineux.		Car c'est la hauteur minimale pour que la solution de perfusion s'écoule par gravité, la pression de la perfusion étant supérieure à celle des veines.
21.2 Désinfecter le bouchon à injections intermittentes avec un tampon d'alcool 70 % et laisser sécher au moins 30 secondes.		Afin d'éviter l'introduction d'agents pathogènes dans la circulation sanguine au moment de l'injection. Ce délai permet à l'alcool de produire son effet aseptisant.

Étapes exécutoires	Justifications
21.3 Ajointer la seringue de NaCl 0,9 % **au bouchon en la vissant complètement.** 	Afin de s'assurer que la valve du bouchon est complètement ouverte.
21.4 Ouvrir le presse-tube.	Afin de rendre l'injection possible.
21.5 Aspirer doucement pour vérifier le retour veineux, puis injecter le NaCl 0,9 % selon la technique avec turbulence (par petits coups saccadés). 	Afin de vérifier la perméabilité du cathéter et d'évacuer le sang de la tubulure et du cathéter.
21.6 Dévisser la seringue de NaCl 0,9 % **et la jeter à la poubelle.**	Car elle ne contient aucun liquide biologique ni aiguille.
21.7 Désinfecter le bouchon à injections intermittentes avec un tampon d'alcool 70 % et laisser sécher au moins 30 secondes.	Afin d'éviter l'introduction d'agents pathogènes dans la circulation sanguine au moment de l'injection. Ce délai permet à l'alcool de produire son effet aseptisant.
21.8 Ajointer l'embout de la tubulure de perfusion au bouchon à injections intermittentes de manière stérile. **Bien visser le verrou de sécurité** de l'embout.	Afin de compléter l'installation de la perfusion et d'assurer l'étanchéité du point de jonction.
21.9 Démarrer la perfusion à un bas débit, en ouvrant progressivement le régulateur de débit. 	Car un débit de perfusion trop rapide provoquerait une forte pression à l'intérieur de la veine et pourrait la faire éclater.

Étapes exécutoires	Justifications
21.10 Fixer la tubulure sur l'avant-bras, au-dessus de la pellicule transparente adhésive qui couvre le cathéter, en prenant soin de ne pas mettre de ruban adhésif sur la pellicule transparente. Ne jamais enrouler le ruban autour du bras.	Afin de diminuer les tractions sur la tubulure et de prévenir le retrait accidentel du cathéter. Car un ruban enroulé autour du bras ferait l'effet d'un garrot et nuirait à la circulation.
22 Calculer et régler le débit de la perfusion intraveineuse en suivant les étapes ci-après.	

SITUATION CLINIQUE

Étant donné l'insuffisance cardiaque de monsieur Joseph, à quel débit devriez-vous commencer la perfusion?

Étapes exécutoires	Justifications
22.1 Prendre connaissance du facteur d'écoulement du perfuseur. a) Perfuseur microgouttes : 60 mcgtt/mL. b) Perfuseur macrogouttes : 10 ou 15 gtt/mL, selon le fabricant. Le calibre du perfuseur est indiqué sur l'emballage du produit du fabricant.	Le perfuseur microgouttes est utilisé lorsque le débit d'administration est inférieur à 60 mL/h, et le perfuseur macrogouttes, lorsque le débit d'administration est supérieur à 60 mL/h.
22.2 Si le débit horaire n'est pas précisé dans l'ordonnance médicale, le calculer en divisant le volume à administrer par le nombre d'heures prévues de perfusion. Par exemple : **Ordonnance :** Lactate Ringer 1000 mL par 8 heures **Calcul :** 1000 mL ÷ 8 h = 125 mL/h	Afin de simplifier le calcul du nombre de gouttes à administrer et de diminuer le risque d'erreur de calcul.
22.3 Inscrire le débit horaire sur l'étiquette d'identification du sac à perfusion.	Pour permettre la vérification de la « bonne dose » (2e bon) à chaque quart de travail.
22.4 Calculer le débit de perfusion en gouttes par minute en appliquant la formule suivante : $\frac{\text{Quantité à administrer en mL}}{\text{Durée en min}} \times \frac{\text{Nombre de gtt selon le calibre du perfuseur}}{1\text{ mL}} = \text{Nombre de gtt/min}$ **Ordonnance :** Lactate Ringer 1000 mL par 8 heures, soit 1000 ÷ 8 = 125 mL/h **Calcul A :** Perfuseur microgouttes (60 gtt/mL) $\frac{125\ \cancel{\text{mL}}}{\cancel{60}_{1}\text{ min}} \times \frac{\cancel{60}^{1}\text{ gtt}}{1\ \cancel{\text{mL}}} = 125\text{ gtt/min}$ Pour aider lors de la validation visuelle du débit de perfusion dans la chambre compte-gouttes, diviser le résultat par 4 afin d'obtenir le nombre de gouttes par 15 secondes : 125 gtt/min ÷ 4 = 31,25 gtt/15 sec. Arrondir le résultat : 31 gtt/15 sec. **Calcul B :** Perfuseur macrogouttes (15 gtt/mL) $\frac{125\ \cancel{\text{mL}}}{\cancel{60}_{4}\text{ min}} \times \frac{\cancel{15}^{1}\text{ gtt}}{1\ \cancel{\text{mL}}} = \frac{125}{4} = 31{,}25\text{ gtt/min}$	Afin d'assurer un calcul valable et de permettre à la personne de recevoir le bon débit de soluté.

Étapes exécutoires	Justifications
Pour aider lors de la validation visuelle du débit de perfusion dans la chambre compte-gouttes, diviser le résultat par 4 afin d'obtenir le nombre de gouttes par 15 secondes : 31 gtt/min ÷ 4 = 7,75 gtt/15 sec. Arrondir le résultat : 8 gtt/15 sec.	



N'OUBLIEZ PAS

Lorsque le résultat du calcul du débit par minute comporte des décimales, il est recommandé de l'arrondir au nombre entier le plus près parce qu'il est impossible de diviser une goutte.

Étapes exécutoires	Justifications
22.5 Régler le débit de la perfusion intraveineuse en procédant comme suit. • Utiliser le résultat obtenu à l'étape précédente. • Compter le nombre de gouttes apparaissant dans la chambre sur 15 secondes. • Régler le nombre de gouttes en utilisant le presse-tube régulateur de débit. 	Afin d'administrer la perfusion au débit prescrit.

Étapes postexécutoires	Justifications
23 à 27 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	



N'OUBLIEZ PAS

Si la personne a un dosage des ingesta et des excreta, il est important de calculer les quantités de solution intraveineuse reçues et de les inscrire dans la colonne des ingesta. Les irrigations faites avec 3 à 5 mL de solution saline ne sont pas calculées dans le dosage.



ÉVALUATION

Étapes postexécutoires	Justifications
28 **Évaluer les réactions de la personne à la thérapie intraveineuse.** Rechercher la présence de signes de surcharge liquidienne tels que la dyspnée, des crépitants à l'auscultation pulmonaire, la tachycardie ou la tachypnée.	Car une surcharge liquidienne peut ultimement mener à un œdème aigu du poumon (OAP), particulièrement chez la personne atteinte d'insuffisance cardiaque.

Étapes postexécutoires	Justifications
29 **Vérifier le débit de perfusion chaque heure** pour s'assurer que le débit prescrit est respecté.	Car le débit peut changer en cours de perfusion en raison, notamment, d'une obstruction partielle du cathéter ou de la tubulure, d'une compression de la tubulure ou d'une mauvaise position du membre

ÉVALUATION 

30 **Vérifier la perméabilité du cathéter et examiner le site d'insertion minimalement toutes les huit heures,** afin de déceler tout signe d'infiltration ou d'infection.	Afin de prévenir les complications et les risques de contamination du site intraveineux par prolifération bactérienne.

ALERTE CLINIQUE

Risque de complications

Si le site d'insertion du cathéter présente des signes d'infection, d'inflammation ou d'infiltration, il faut retirer le cathéter et en installer un nouveau à un autre endroit. La note au dossier doit être précise et décrire exactement l'état du site problématique. Le PTI doit indiquer ce constat, et les directives doivent minimalement comprendre une surveillance toutes les huit heures.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure de l'installation de la perfusion.
- Le type de solution et le débit de perfusion.
- Tout changement de débit de la perfusion par rapport à celui inscrit au dossier et sur l'étiquette de la solution.
- L'état du site d'insertion du cathéter.
- La perméabilité du cathéter (présence de retour veineux et absence de résistance au moment de l'injection).
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- Toute réaction anormale ou indésirable survenue à la suite des soins. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Charles Joseph **Dossier 654321**

2021-05-17 13:20 D5 % c̄ KCl 20 mEq 1000 mL installé via CCP ABG. Perfuse à 30 mL/h, site intact. Procédure bien tolérée. Chloé Labelle, inf.



Changement du sac à perfusion et de la tubulure

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. **Vérifier la date et l'heure du dernier changement de sac à perfusion et de tubulure.**
4. **Préparer la solution de perfusion de remplacement lorsqu'il reste environ de 50 à 100 mL de solution dans le sac ou si le délai de 24 heures est atteint. Préparer la tubulure de remplacement, le cas échéant.**
5. Rassembler tout le matériel nécessaire.
6. **Identifier le sac et la tubulure de manière appropriée.**
7. **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments (« 7 bons »).**
8. **Vérifier la date d'expiration et l'aspect du soluté.**
9. **S'assurer de connaître l'effet thérapeutique prévu de la perfusion administrée.**
10. **Connaître la raison de l'administration de la perfusion.**
11. Procéder à l'hygiène des mains.
12. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
13. Expliquer la procédure de soins à la personne.
14. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
15. Assurer le maintien d'un environnement propre.
16. Assurer l'intimité de la personne.
17. Régler la hauteur du lit.
18. **Informer la personne quant à l'importance de bien positionner le membre sur lequel le cathéter est installé.**

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

19. **Procéder au changement de la perfusion intraveineuse.**
    - **19.1 Changer le sac à perfusion.**
    - **19.2 Changer le sac à perfusion et la tubulure de perfusion.**
20. **Calculer et régler le débit de la perfusion intraveineuse.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

21. Réinstaller la personne dans le lit.
22. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
23. Procéder à l'hygiène des mains.
24. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
25. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.
26. **Évaluer les réactions de la personne à la thérapie intraveineuse.**
27. **Vérifier le débit de perfusion chaque heure.**
28. **Vérifier la perméabilité du cathéter et examiner le site d'insertion minimalement toutes les huit heures.**

SITUATION CLINIQUE

RITA WILSON, 89 ans, a été admise pour déshydratation et malnutrition. On lui a installé à l'avant-bras droit une perfusion composée de dextrose 5 % et de NaCl 0,9 % (1000 mL), additionnée de 40 mEq de chlorure de potassium (KCl) à un débit de 40 mL/h.

Notions de base

Une perfusion intraveineuse permet une administration de soluté en continu. Il est essentiel de maintenir l'intégrité et la stérilité du système d'administration en tout temps. Peu importe ce que contient le sac à perfusion intraveineuse, il doit être changé toutes les 24 heures. Les tubulures, quant à elles, doivent être changées toutes les 96 heures, à moins d'indication contraire.

Matériel

- Solution intraveineuse prescrite ❶
- Tubulure de perfusion ❷
- Tampons d'alcool 70 % ❸
- Ruban adhésif hypoallergénique ❹
- Étiquettes d'identification autocollantes ❺



Étapes préexécutoires	Justifications
❶ et ❷ Effectuer les étapes A et B présentées à la page 1 (étapes préexécutoires générales).	
❸ **Vérifier la date et l'heure du dernier changement de sac à perfusion et de tubulure** dans le dossier de la personne, dans le PSTI ou sur l'étiquette d'identification posée sur le sac et sur la tubulure. Remplacer toute tubulure : • utilisée depuis 96 heures ; • perforée, contaminée par débranchement accidentel ou dont le perforateur est contaminé au moment du changement du sac à perfusion.	Pour éviter de contaminer la solution.
❹ **Préparer la solution de perfusion de remplacement lorsqu'il reste environ de 50 à 100 mL de solution dans le sac ou si le délai de 24 heures est atteint.** Si la solution de perfusion est préparée par la pharmacie, s'assurer qu'elle a été livrée. **Préparer la tubulure de remplacement, le cas échéant.**	Afin de prévenir un arrêt temporaire de la perfusion.

Étapes préexécutoires	Justifications
5 Rassembler tout le matériel nécessaire.	
6 **Identifier le sac et la tubulure de manière appropriée,** en prenant soin de ne pas couvrir les renseignements d'identification qui y figurent.	Pour assurer le remplacement du sac 24 heures et de la tubulure 96 heures après l'installation de la perfusion.
a) Si le sac de solution est utilisé sans additif : utiliser une étiquette simple comportant la date, l'heure et les initiales de l'infirmière.	
b) Si des additifs ont été ajoutés à la solution : utiliser une étiquette rouge.	Afin de préciser quels sont les médicaments qui ont été ajoutés à la solution dans le sac.
Ajouter une réglette autocollante sur le sac s'il s'écoule par gravité.	Afin de vérifier approximativement la quantité écoulée advenant un dérèglement du débit.
7 **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments,** communément appelés les « **7 bons** », pour chaque médicament : 1. le bon médicament ; 2. à la bonne dose ; 3. à la bonne personne ; 4. par la bonne voie d'administration ; 5. au bon moment ; 6. en produisant la bonne documentation (exactitude de l'inscription de l'administration du médicament sur la feuille d'administration des médicaments [FADM] ou au dossier de la personne); 7. en assurant la bonne surveillance des effets attendus et des effets indésirables des médicaments administrés. **ALERTE CLINIQUE** **Les 5 premiers « bons »** La vérification des 5 premiers « bons » doit se faire : 1. avant la préparation du médicament ; 2. lorsque le contenant du médicament est rangé à sa place, le cas échéant ; 3. pendant la préparation du médicament ; 4. au moment de l'administration du médicament à la personne.	Pour assurer une administration sécuritaire et adéquate du médicament.
8 **Vérifier la date d'expiration et l'aspect du soluté.** Ne pas administrer un soluté dont la date d'expiration est dépassée ou dont l'apparence est altérée.	Car un soluté périmé peut s'avérer instable sur le plan chimique, être inefficace ou ne plus être stérile.
9 **S'assurer de connaître l'effet thérapeutique prévu de la perfusion administrée :** son type, son action, ses effets indésirables, ses interactions avec d'autres médicaments et les éléments à surveiller à la suite de son administration.	Afin d'administrer le soluté de façon sécuritaire et de surveiller les réactions de la personne au traitement.
10 **Connaître la raison de l'administration de la perfusion :** intervention chirurgicale, examen paraclinique invasif, administration de produits sanguins ou de médicaments intraveineux.	Pour assurer les surveillances appropriées pendant la perfusion.
11 à **17** Effectuer les étapes **D** à **J** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	

Étapes préexécutoires	Justifications
18 **Informer la personne quant à l'importance de bien positionner le membre sur lequel le cathéter est installé** afin que la vitesse de perfusion soit respectée.	Pour favoriser la collaboration de la personne et inciter celle-ci à signaler tout ralentissement ou arrêt de la perfusion.

N'OUBLIEZ PAS 

En pédiatrie, il peut s'avérer nécessaire d'installer une attelle sous la main ou le bras de l'enfant ayant besoin d'une perfusion, surtout si le cathéter est installé près de l'articulation du poignet ou au pli du coude. Cette précaution assure un écoulement continu de la perfusion et permet à l'infirmière d'observer facilement le site d'insertion du cathéter.

Étapes exécutoires	Justifications
19 **Procéder au changement de la perfusion intraveineuse** selon l'une des méthodes suivantes. **19.1** Changer le sac à perfusion. **19.2** Changer le sac à perfusion et la tubulure de perfusion.	
19.1 Changer le sac à perfusion.	
19.1.1 Suspendre le nouveau sac à la tige à perfusion et retirer la gaine protectrice du site d'insertion du sac. 	Afin de pouvoir y insérer le perforateur.
19.1.2 Fermer le presse-tube régulateur de débit. 	Pour éviter tout écoulement de solution.

SITUATION CLINIQUE

Pourquoi devez-vous fermer le presse-tube plutôt que de clamper la tubulure lors du changement de sac à perfusion ?

19.1.3 Décrocher l'ancien sac à perfusion de la tige.	

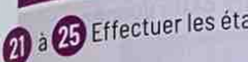
Étapes exécutoires		Justifications
19.1.4 Renverser le sac et retirer le perforateur en le saisissant par l'épaulement sans le contaminer.		Afin de respecter de la stérilité du perforateur.
19.1.5 Insérer le perforateur dans le site d'insertion du nouveau sac à perfusion sans le contaminer.		Afin de respecter de la stérilité du perforateur.
19.1.6 Démarrer la perfusion à un bas débit, en ouvrant progressivement le régulateur de débit.		Car un débit de perfusion trop rapide provoquerait une forte pression à l'intérieur de la veine et pourrait la faire éclater.
19.1.7 Jeter le sac à perfusion vide à la poubelle. S'il reste 100 mL ou plus de liquide dans le sac, vider celui-ci dans le lavabo avant de le jeter à la poubelle. Passer à l'étape 20.		Afin d'en disposer de manière appropriée.
19.2 **Changer le sac à perfusion et la tubulure de perfusion.**		
19.2.1 S'assurer que le vide d'air de la tubulure de perfusion a été fait au préalable.		
19.2.2 Suspendre le sac à perfusion à la tige et placer la tubulure enroulée sur le même crochet.		Afin d'avoir un accès rapide à la nouvelle tubulure au moment du changement.
19.2.3 Retirer délicatement le ruban adhésif qui retient la tubulure de la perfusion en cours au bras de la personne.		Afin de pouvoir retirer facilement la tubulure lors de sa déconnexion.

N'OUBLIEZ PAS 

Si le perforateur de la tubulure de perfusion est contaminé au moment de son retrait du sac ou de son insertion dans le nouveau sac, il faut changer la ligne de perfusion au complet (sac et tubulure).

Étapes exécutoires	Justifications
19.2.4 Fermer le presse-tube régulateur de débit de la perfusion en cours.	Pour éviter tout écoulement de solution.
19.2.5 Retirer la tubulure en procédant comme suit. • Maintenir fermement le bouchon à injections intermittentes d'une main et dévisser le verrou de sécurité de la tubulure de l'autre. • Retirer délicatement l'ancienne tubulure avec le pouce et l'index de la main dominante.	Afin de stabiliser le bouchon et d'éviter une traction sur le cathéter intraveineux.
19.2.6 Suspendre la tubulure retirée sur le même crochet que l'ancien sac de soluté.	Afin de regrouper le matériel expiré ensemble et d'éviter de le mélanger avec le matériel neuf.
19.2.7 Prendre l'embout de la nouvelle tubulure de perfusion et le placer près du système d'injections intermittentes.	Afin qu'il soit à portée de main.
19.2.8 Désinfecter le bouchon à injections intermittentes avec un tampon d'alcool 70 % et laisser sécher au moins 30 secondes.	Afin d'éviter l'introduction d'agents pathogènes dans la circulation sanguine au moment de l'injection. Ce délai permet à l'alcool de produire son effet aseptisant.
19.2.9 Ajointer l'embout de la tubulure de perfusion au bouchon à injections intermittentes de manière stérile. Bien visser le verrou de sécurité de l'embout.	Afin de s'assurer de la solidité et de l'étanchéité du système de perfusion.
19.2.10 Démarrer la perfusion à un bas débit, en ouvrant progressivement le régulateur de débit.	Car un débit de perfusion trop rapide provoquerait une forte pression à l'intérieur de la veine et pourrait la faire éclater.
19.2.11 Fixer la tubulure sur l'avant-bras, au-dessus de la pellicule transparente adhésive qui couvre le cathéter, en prenant soin de ne pas mettre de ruban adhésif sur la pellicule transparente. Ne jamais enrouler le ruban autour du bras.	Afin de diminuer les tractions sur la tubulure et de prévenir le retrait accidentel du cathéter. Car un ruban enroulé autour du bras ferait l'effet d'un garrot et nuirait à la circulation.
19.2.12 Jeter le sac à perfusion vide et la tubulure expirée à la poubelle. S'il reste 100 mL ou plus de liquide dans le sac, vider celui-ci dans le lavabo avant de le jeter à la poubelle.	Afin d'en disposer de manière appropriée.

Étapes exécutoires	Justifications
20 **Calculer et régler le débit de la perfusion intraveineuse** à la vitesse appropriée.	Afin d'assurer la reprise de la perfusion au débit prescrit.

Étapes postexécutoires	Justifications
 21 à 25 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	

N'OUBLIEZ PAS 

Si la personne a un dosage des ingesta et des excreta, il est important de calculer les quantités de solution intraveineuse reçues et de les inscrire dans la colonne des ingesta. Les irrigations faites avec 3 à 5 mL de solution saline ne sont pas calculées dans le dosage.

ÉVALUATION 

26 **Évaluer les réactions de la personne à la thérapie intraveineuse.** Rechercher la présence de signes de surcharge liquidienne tels que la dyspnée, des crépitants à l'auscultation pulmonaire, la tachycardie ou la tachypnée.	Car une surcharge liquidienne peut ultimement mener à un œdème aigu du poumon (OAP), particulièrement chez la personne atteinte d'insuffisance cardiaque.
27 **Vérifier le débit de perfusion chaque heure** pour s'assurer que le débit prescrit est respecté.	Car le débit peut changer en cours de perfusion en raison, notamment, d'une obstruction partielle du cathéter ou de la tubulure, d'une compression de la tubulure ou d'une mauvaise position du membre.

ÉVALUATION 

28 **Vérifier la perméabilité du cathéter et examiner le site d'insertion minimalement toutes les huit heures,** afin de déceler tout signe d'infiltration ou d'infection.	Afin de prévenir les complications et les risques de contamination du site intraveineux par prolifération bactérienne.

ALERTE CLINIQUE

Risque de complications

Si le site d'insertion du cathéter présente des signes d'infection, d'inflammation ou d'infiltration, il faut retirer le cathéter et en installer un nouveau à un autre endroit. La note au dossier doit être précise et décrire exactement l'état du site problématique. Le PTI doit indiquer ce constat, et les directives doivent minimalement comprendre une surveillance toutes les huit heures.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure du changement de la perfusion et de la tubulure.
- L'état du site d'insertion du cathéter.
- La perméabilité du cathéter (présence de retour veineux et absence de résistance au moment de l'administration).
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- Toute réaction anormale ou indésirable survenue à la suite des soins. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Rita Wilson **Dossier 645239**

2021-04-18 09:00 Tubulure changée car ≥ 96 hres et soluté > 24 hres ABD, site intact. Soluté perfuse bien. Procédure bien tolérée. Sylvie Trottier, inf.

Notes



Changement de pansement au site d'insertion d'un cathéter intraveineux périphérique

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer le maintien d'un environnement propre.
9. Assurer l'intimité de la personne.
10. Régler la hauteur du lit.
11. **Vérifier la date du dernier changement de cathéter.**
12. **Examiner le site d'insertion du cathéter. Évaluer l'intégrité du pansement.**
13. **Informer la personne quant à l'importance de bien positionner le membre sur lequel le cathéter est installé.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

14. **Retirer les rubans adhésifs.**
15. **Mettre des gants non stériles.**
16. **Stabiliser le cathéter d'une main et, de l'autre, décoller la pellicule transparente.**
17. **Saisir le raccord de la tubulure de rallonge et le soulever légèrement.**
18. **Désinfecter le site d'insertion avec une tige montée.**
19. **Fixer le cathéter en place au moyen d'une nouvelle pellicule transparente adhésive stérile.**
20. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**
21. **Remettre des rubans adhésifs de fixation sur la tubulure de rallonge.**
22. **Inscrire sur le ruban adhésif fourni avec la pellicule transparente la date et l'heure du changement du cathéter et coller le ruban directement sur le bord de la pellicule transparente.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

23. Réinstaller la personne dans le lit.
24. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
25. Procéder à l'hygiène des mains.
26. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
27. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.
28. **Évaluer les réactions de la personne à la thérapie intraveineuse.**
29. **Vérifier le débit de perfusion chaque heure.**
30. **Vérifier la perméabilité du cathéter et examiner le site d'insertion minimalement toutes les huit heures.**

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

SITUATION CLINIQUE

SUZANNE BLAIS, 76 ans, a été admise pour déshydratation et malnutrition. On lui a installé à l'avant-bras droit une perfusion composée de dextrose 5 % et de NaCl 0,9 % (1000 mL) additionnée de 40 mEq de chlorure de potassium (KCl) à un débit de 40 mL/h. Au retour des examens radiologiques, vous remarquez que le pansement au site intraveineux est décollé jusqu'au site d'insertion.

Notions de base

Une asepsie rigoureuse doit être respectée au site d'insertion du cathéter intraveineux afin d'éviter tout risque d'infection. L'utilisation d'une pellicule transparente adhésive stérile assure le maintien de l'asepsie du site d'insertion du cathéter. De plus, elle permet d'évaluer rapidement l'état du site sans avoir à la retirer. Cette vérification doit se faire au début de chaque quart de travail. Lors d'un changement de pansement, la tige montée est à privilégier pour désinfecter adéquatement le site d'insertion du cathéter, car les doigts restent ainsi loin du site et du cathéter, ce qui limite les risques de contamination.

Matériel

- Tige montée imbibée de chlorhexidine et d'alcool 70 % ❶
- Ruban adhésif hypoallergénique ❷
- Gants non stériles ❸
- Pellicule transparente adhésive stérile (de type Tegaderm^MD ou autre) ❹



Étapes préexécutoires	Justifications
❶ à ❿ Effectuer les étapes **A** à **J** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
⓫ **Vérifier la date du dernier changement de cathéter** inscrite dans le PSTI, dans les notes d'évolution au dossier de la personne ou sur l'étiquette posée sur le pansement.	Car le cathéter doit être changé toutes les 96 heures. Un pansement souillé ou décollé à plus de 50 % peut être changé avant.
ÉVALUATION ⓬ Au début de chaque quart de travail et au retour d'examens paracliniques, **examiner le site d'insertion du cathéter** afin de déceler tout signe d'infiltration ou d'infection. **Évaluer l'intégrité du pansement.**	Afin de déceler les possibles complications et de prévenir l'infection au site d'insertion par prolifération bactérienne.

Étapes préexécutoires	Justifications
13 **Informer la personne quant à l'importance de bien positionner le membre sur lequel le cathéter est installé** afin que la vitesse de perfusion soit respectée.	Pour favoriser la collaboration de la personne et inciter celle-ci à signaler tout ralentissement ou arrêt de la perfusion.

N'OUBLIEZ PAS 

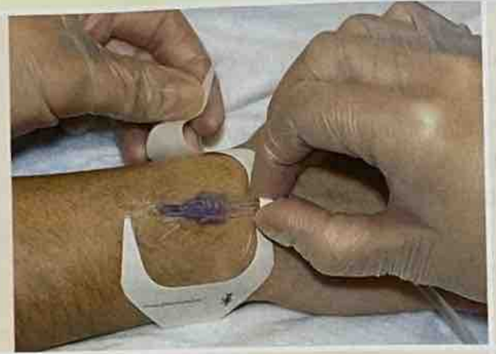
En pédiatrie, il peut s'avérer nécessaire d'installer une attelle sous la main ou le bras de l'enfant ayant besoin d'une perfusion, surtout si le cathéter est installé près de l'articulation du poignet ou au pli du coude. Cette précaution assure un écoulement continu de la perfusion et permet à l'infirmière d'observer facilement le site d'insertion du cathéter.

Étapes exécutoires	Justifications
14 **Retirer les rubans adhésifs** qui tiennent la tubulure de rallonge en place et les jeter à la poubelle.	Afin d'éviter un retrait accidentel du cathéter causé par la traction de la tubulure fixée.
15 **Mettre des gants non stériles.**	Afin de se protéger des liquides biologiques de la personne et d'éviter la transmission d'agents pathogènes.
16 **Stabiliser le cathéter d'une main et, de l'autre, décoller la pellicule transparente** en l'étirant doucement parallèlement à la peau. Commencer par le pourtour du site d'insertion du cathéter, puis la retirer complètement. En présence d'une perfusion intraveineuse, si le ruban adhésif qui retient la tubulure de perfusion ne nuit pas au retrait de la pellicule transparente, le laisser en place. 	Pour éviter le déplacement accidentel du cathéter. Car la pellicule se décolle facilement lorsqu'elle est étirée.
17 **Saisir le raccord de la tubulure de rallonge et le soulever légèrement.**	Soulever le raccord facilite la désinfection du site d'insertion.
18 **Désinfecter le site d'insertion avec une tige montée** imbibée de chlorhexidine et d'alcool 70 %, en effectuant un mouvement d'aller-retour en demi-cercle, du site d'insertion vers la périphérie. Laisser sécher complètement (au moins 60 secondes). 	Car la tige montée limite les risques de contamination et permet de désinfecter adéquatement le site et la totalité de la peau qui sera recouverte par le nouveau pansement. Ce délai permet à l'antiseptique de produire son effet. De plus, le site doit être complètement sec pour que la pellicule adhère à la peau.

Étapes exécutoires	Justifications

SITUATION CLINIQUE

Pendant la désinfection du site d'insertion, vous retirez accidentellement le cathéter de 4 ou 5 mm. Pouvez-vous le réintroduire ? Justifiez votre réponse.

Étapes exécutoires	Justifications
19 **Fixer le cathéter en place au moyen d'une nouvelle pellicule transparente adhésive stérile** en s'assurant que le site d'insertion est au centre de la pellicule transparente et que la jonction cathéter-tubulure est recouverte. 	Afin d'assurer la stérilité du site intraveineux et d'éviter le risque de disjonction accidentelle de la tubulure.
20 **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**	Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.
21 **Remettre des rubans adhésifs de fixation sur la tubulure de rallonge.** Faire une boucle avec la tubulure. La fixer avec du ruban adhésif hypoallergénique en évitant de coller le ruban sur la pellicule transparente.	Afin d'éviter la traction sur le cathéter et de favoriser le confort de la personne.
Ne jamais enrouler le ruban autour du bras.	Car un ruban enroulé autour du bras ferait l'effet d'un garrot et nuirait à la circulation.
22 **Inscrire sur le ruban adhésif fourni avec la pellicule transparente la date et l'heure du changement du cathéter,** et non celles du changement de pansement, **et coller le ruban directement sur le bord de la pellicule transparente.** 	Afin d'assurer le changement du cathéter 96 heures après son installation.

Étapes postexécutoires	Justifications
23 à **27** Effectuer les étapes **A** à **E** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	

N'OUBLIEZ PAS 

Si la personne a un dosage des ingesta et des excreta, il est important de calculer les quantités de solution intraveineuse reçues et de les inscrire dans la colonne des ingesta. Les irrigations faites avec 3 à 5 mL de solution saline ne sont pas calculées dans le dosage.

Étapes postexécutoires	Justifications
ÉVALUATION	
28 **Évaluer les réactions de la personne à la thérapie intraveineuse.** Rechercher la présence de signes de surcharge liquidienne tels que la dyspnée, des crépitants à l'auscultation pulmonaire, la tachycardie ou la tachypnée.	Car une surcharge liquidienne peut ultimement mener à un œdème aigu du poumon (OAP), particulièrement chez la personne atteinte d'insuffisance cardiaque.
29 **Vérifier le débit de perfusion chaque heure** pour s'assurer que le débit prescrit est respecté.	Car le débit peut changer en cours de perfusion en raison, notamment, d'une obstruction partielle du cathéter ou de la tubulure, d'une compression de la tubulure ou d'une mauvaise position du membre.
ÉVALUATION	
30 **Vérifier la perméabilité du cathéter et examiner le site d'insertion minimalement toutes les huit heures,** afin de déceler tout signe d'infiltration ou d'infection.	Afin de prévenir les complications et les risques de contamination du site intraveineux par prolifération bactérienne.

ALERTE CLINIQUE

Risque de complications

Si le site d'insertion du cathéter présente des signes d'infection, d'inflammation ou d'infiltration, il faut retirer le cathéter et en installer un nouveau à un autre endroit. La note au dossier doit être précise et décrire exactement l'état du site problématique. Le PTI doit indiquer ce constat, et les directives doivent minimalement comprendre une surveillance toutes les huit heures.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- L'apparence du site d'insertion du cathéter.
- La date et l'heure du changement de pansement et le type de pansement utilisé.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- Toute réaction anormale ou indésirable survenue à la suite des soins. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Suzanne Blais **Dossier 578920**

2021-04-17	15:20	CCP contaminé lors du chang. de pansement : retiré. Cathéter n° 20 installé ABG avec rallonge, site intact, soluté perfuse bien. Bonne collaboration pendant la procédure. Sylvie Trottier, inf.



Ajout de médicaments au sac à perfusion intraveineuse

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).**
3. **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments (« 7 bons »).**
4. Rassembler tout le matériel nécessaire.
5. **Vérifier la date d'expiration et l'aspect du soluté.**
6. **S'assurer de connaître l'effet thérapeutique prévu de la perfusion administrée.**
7. **Vérifier la compatibilité des médicaments intraveineux et des adjuvants.**
8. **Connaître la raison de l'administration de la perfusion.**
9. Procéder à l'hygiène des mains.
10. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
11. Expliquer la procédure de soins à la personne.
12. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
13. Assurer le maintien d'un environnement propre.
14. Assurer l'intimité de la personne.
15. Régler la hauteur du lit.
16. **Informer la personne quant à l'importance de bien positionner le membre sur lequel le cathéter est installé.**
17. **Vérifier les antécédents médicaux de la personne.**
18. **Évaluer la présence de manifestations cliniques liées à une surcharge liquidienne ou à une déshydratation.**
19. **Évaluer attentivement les facteurs de risque en présence d'une clientèle particulière.**
20. **Évaluer les connaissances de la personne.**

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

21. **Remplir une étiquette rouge d'ajout de médicament intraveineux.**
22. **Au moyen d'une seringue, prélever le médicament prescrit à partir d'une fiole ou d'une ampoule.**
23. **Désinfecter le site d'injection du sac à perfusion.**
24. **Retirer de manière stérile le capuchon protecteur de l'aiguille de la seringue contenant le médicament.**
25. **Insérer l'aiguille au centre de l'opercule et injecter lentement le médicament dans le sac à perfusion.**
26. **Sans remettre le capuchon sur l'aiguille, jeter la seringue dans un contenant biorisque.**
27. **Apposer l'étiquette rouge sur le sac à perfusion.**
28. **Agiter doucement le sac à perfusion.**
29. **Sortir la tubulure de perfusion de son emballage et procéder au vide d'air de la tubulure.**
30. **Suspendre le sac à perfusion au moins 75 cm plus haut que le site intraveineux.**
31. **Désinfecter le site d'injection de la dérivation en Y médiane de la tubulure de perfusion primaire.**
32. **Ajointer la tubulure de perfusion secondaire à la dérivation en Y.**
33. **Fermer le presse-tube régulateur de débit de la perfusion primaire.**
34. **Calculer et régler le débit de la perfusion secondaire.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

35. Réinstaller la personne dans le lit.
36. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
37. Procéder à l'hygiène des mains.
38. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
39. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.
40. **Évaluer les réactions de la personne à la thérapie intraveineuse.**
41. **Vérifier le débit de perfusion chaque heure.**
42. **Vérifier la perméabilité du cathéter et examiner le site d'insertion minimalement toutes les huit heures.**

SITUATION CLINIQUE

MICHEL GAGNON, 36 ans, vient d'être opéré. Il a une perfusion de NaCl 0,9 % (1000 mL) à 100 mL/h via l'ABG. Il est très nauséeux depuis son retour de la salle de réveil. Le médecin prescrit de mettre le soluté primaire en attente et d'ajouter une perfusion secondaire de 100 mg de Gravol^MD dans un sac de NaCl 0,9 % (1000 mL) à 100 mL/h.

Notions de base

Pour toute administration de médicaments par voie intraveineuse, en plus de respecter les principes généraux d'administration des médicaments, l'infirmière doit connaître les méthodes de reconstitution des médicaments en poudre, en se basant sur le guide de dilution de son établissement. Elle doit toujours s'assurer que les médicaments ajoutés à la solution de perfusion intraveineuse sont compatibles avec cette dernière. Compte tenu du fait que certains mélanges de médicaments ne sont stables que pendant 24 heures, il est important de respecter les recommandations du pharmacien à ce sujet.

Matériel

- Sac à perfusion (de 250 à 1000 mL) 1
- Solvant stérile (eau, NaCl 0,9 % avec ou sans agent de conservation) 2
- Fiole ou ampoule de médicament prescrit 3
- Seringue (de 3 à 20 mL) et aiguille stérile (de 2,5 à 3,7 cm, de calibre 20 à 22) 4
- Feuille d'administration des médicaments (FADM) 5
- Étiquette d'identification autocollante 6
- Tampons d'alcool 70 % 7



Étapes préexécutoires	Justifications
1 Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).	

SITUATION CLINIQUE

Le sac de NaCl 0,9 % a été changé il y a moins d'une heure. Pouvez-vous y injecter directement la dose de 100 mg de Gravol^MD ? Justifiez votre réponse.

Étapes préexécutoires	Justifications
2 **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).** **N'OUBLIEZ PAS**  Les solutés sont des médicaments et doivent être administrés dans le respect d'une ordonnance médicale. Celle-ci peut prendre la forme d'un protocole, d'une ordonnance individuelle ou d'une ordonnance collective.	Car c'est le document légal autorisant l'administration des médicaments par l'infirmière (activité réservée).
3 **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments,** communément appelés les « **7 bons** », pour chaque médicament : 1. le bon médicament ; 2. à la bonne dose ; 3. à la bonne personne ; 4. par la bonne voie d'administration ; 5. au bon moment ; 6. en produisant la bonne documentation (exactitude de l'inscription de l'administration du médicament sur la FADM ou au dossier de la personne) ; 7. en assurant la bonne surveillance des effets attendus et des effets indésirables des médicaments administrés.	Pour assurer une administration sécuritaire et adéquate du médicament.
4 Rassembler tout le matériel nécessaire.	
5 **Vérifier la date d'expiration et l'aspect du soluté.** Ne pas administrer un soluté dont la date d'expiration est dépassée ou dont l'apparence est altérée.	Car un soluté périmé peut s'avérer instable sur le plan chimique, être inefficace ou ne plus être stérile.
6 **S'assurer de connaître l'effet thérapeutique prévu de la perfusion administrée :** son type, son action, ses effets indésirables, ses interactions avec d'autres médicaments et les éléments à surveiller à la suite de son administration.	Afin d'administrer le soluté de façon sécuritaire et de surveiller les réactions de la personne au traitement.
7 **Vérifier la compatibilité des médicaments intraveineux et des adjuvants** en consultant le tableau de compatibilité des molécules et des solutions.	Car un mélange de solutions ou de médicaments incompatibles peut générer des réactions indésirables, voire mortelles.
8 **Connaître la raison de l'administration de la perfusion.**	Pour assurer les surveillances appropriées pendant la perfusion.
9 à **15** Effectuer les étapes **D** à **J** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
16 **Informer la personne quant à l'importance de bien positionner le membre sur lequel le cathéter est installé** afin que la vitesse de perfusion soit respectée.	Pour favoriser la collaboration de la personne et inciter celle-ci à signaler tout ralentissement ou arrêt de la perfusion.

Étapes préexécutoires	Justifications
N'OUBLIEZ PAS  En pédiatrie, il peut s'avérer nécessaire d'installer une attelle sous la main ou le bras de l'enfant ayant besoin d'une perfusion, surtout si le cathéter est installé près de l'articulation du poignet ou au pli du coude. Cette précaution assure un écoulement continu de la perfusion et permet à l'infirmière d'observer facilement le site d'insertion du cathéter.	
17 **Vérifier les antécédents médicaux de la personne** ainsi que ses allergies médicamenteuses ou alimentaires. Le cas échéant, s'assurer que la personne porte un bracelet indiquant ses allergies. **ALERTE CLINIQUE** **Allergie médicamenteuse** Il ne faut pas administrer à la personne un médicament auquel elle est allergique. Les allergies médicamenteuses doivent être inscrites dans le dossier de la personne et dans le PSTI. Il faut également inscrire au PTI toute allergie pouvant avoir une incidence sur le traitement de la personne au cours de son hospitalisation. La personne doit porter un bracelet qui indique les médicaments auxquels elle est allergique.	Pour prévenir une réaction allergique ou indésirable à la suite de l'administration du soluté.
ÉVALUATION  18 **Évaluer la présence de manifestations cliniques liées à une surcharge liquidienne ou à une déshydratation,** telles que : • un œdème périphérique ou une ascite ; • une augmentation du poids de la personne ; • une diminution de la turgescence de la peau ou une sécheresse des muqueuses ; • une distension des veines jugulaires ; • une modification de la pression artérielle ; • une modification du rythme ou de la fréquence respiratoires ; • des crépitants à l'auscultation pulmonaire ; • une modification de l'état de conscience.	Car une surcharge liquidienne peut ultimement mener à un œdème aigu du poumon (OAP), particulièrement chez la personne atteinte d'insuffisance cardiaque.
ÉVALUATION  19 **Évaluer attentivement les facteurs de risque en présence d'une clientèle particulière :** enfants, personnes âgées, personnes atteintes d'insuffisance cardiaque ou rénale ou de thrombocytopénie. **ALERTE CLINIQUE** **Risque de saignement** Chez les personnes à qui l'on a administré un anticoagulant ou les personnes atteintes de thrombocytopénie, il faut être à l'affût de tout saignement au site d'insertion du cathéter ou à son pourtour.	Car ces personnes sont davantage prédisposées aux effets indésirables des médicaments et aux déséquilibres hydroélectrolytiques.

Étapes préexécutoires	Justifications
 	
20 **Évaluer les connaissances de la personne** concernant son état de santé et les médicaments qu'elle doit recevoir.	Afin de déterminer ses besoins en matière d'enseignement.

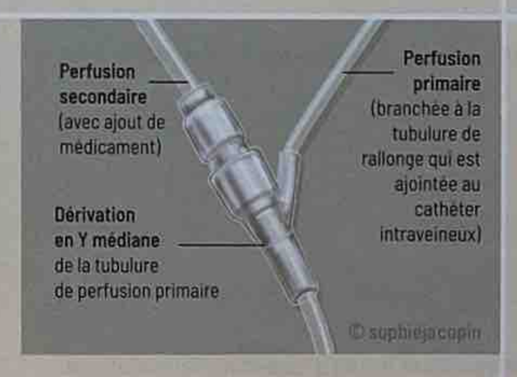
Étapes exécutoires	Justifications
21 **Remplir une étiquette rouge d'ajout de médicament intraveineux.** Y inscrire le nom et la quantité du médicament ajouté, la posologie, la concentration obtenue, la date, l'heure et la vitesse d'administration, ainsi que ses initiales.	Afin de permettre la vérification du contenu du sac à perfusion et du moment où le médicament a été ajouté.

ALERTE CLINIQUE

Risque de contamination

Il ne faut pas utiliser de crayon-feutre ni de marqueurs à encre permanente directement sur les sacs à perfusion, car l'encre pourrait traverser la surface plastique et contaminer la solution.

Étapes exécutoires	Justifications
22 **Au moyen d'une seringue, prélever le médicament prescrit à partir d'une fiole ou d'une ampoule.**	Afin de préparer la quantité exacte prescrite.
23 **Désinfecter le site d'injection du sac à perfusion** avec un tampon d'alcool 70 % et attendre au moins 30 secondes. 	Afin de réduire le risque d'introduction d'agents pathogènes dans le sac. Ce délai permet à l'alcool de produire son effet aseptisant.
24 **Retirer de manière stérile le capuchon protecteur de l'aiguille de la seringue contenant le médicament,** c'est-à-dire en évitant que celle-ci touche le pourtour du capuchon.	Afin d'éviter de contaminer l'aiguille en la touchant avec le capuchon.
25 **Insérer l'aiguille au centre de l'opercule** du site d'injection **et injecter lentement le médicament dans le sac à perfusion.** 	Car une aiguille insérée dans les parties latérales du site d'injection de l'opercule risque de provoquer une fuite du liquide.
26 **Sans remettre le capuchon sur l'aiguille, jeter la seringue dans un contenant biorisque.**	Afin de prévenir le risque de piqûre accidentelle.

Étapes exécutoires		Justifications
27 **Apposer l'étiquette rouge sur le sac à perfusion** à l'horizontale, du même côté que les inscriptions permanentes, en prenant soin de ne pas couvrir les renseignements d'identification qui s'y trouvent.		Afin de pouvoir vérifier à la fois le sac et son contenu sans avoir à le retourner.
28 **Agiter doucement le sac à perfusion** afin de bien mélanger le médicament à la solution.		Pour assurer une distribution uniforme du médicament dans le sac.
29 **Sortir la tubulure de perfusion de son emballage** de façon aseptique **et procéder au vide d'air de la tubulure.**		Afin de terminer la préparation de la perfusion avec ajout de médicament.
30 **Suspendre le sac à perfusion au moins 75 cm plus haut que le site intraveineux.**		Car c'est la hauteur minimale pour que la solution de perfusion s'écoule par gravité, la pression de la perfusion étant supérieure à celle des veines.
31 **Désinfecter le site d'injection de la dérivation en Y médiane de la tubulure de perfusion primaire** avec un tampon d'alcool 70 % et laisser sécher au moins 30 secondes.		Afin d'éviter l'introduction d'agents pathogènes dans la circulation sanguine au moment d'ajointer la tubulure de la perfusion secondaire. Ce délai permet à l'alcool de produire son effet aseptisant.
32 **Ajointer la tubulure de perfusion secondaire à la dérivation en Y** en la vissant complètement.		Afin de s'assurer que la valve de la dérivation en Y est complètement ouverte.

Étapes exécutoires	Justifications
33 **Fermer le presse-tube régulateur de débit de la perfusion primaire.** 	Pour garder le soluté primaire disponible en cas d'urgence.
34 **Calculer et régler le débit de la perfusion secondaire** à la vitesse appropriée, par gravité ou au moyen de la pompe à perfusion.	Afin d'assurer le respect du débit prescrit.

Étapes postexécutoires	Justifications
35 à 39 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	



N'OUBLIEZ PAS

Si la personne a un dosage des ingesta et des excreta, il est important de calculer les quantités de solution intraveineuse reçues et de les inscrire dans la colonne des ingesta. Les irrigations faites avec 3 à 5 mL de solution saline ne sont pas calculées dans le dosage.



ÉVALUATION

40 **Évaluer les réactions de la personne à la thérapie intraveineuse.** Rechercher la présence de signes de surcharge liquidienne tels que la dyspnée, des crépitants à l'auscultation pulmonaire, la tachycardie ou la tachypnée.	Car une surcharge liquidienne peut ultimement mener à un œdème aigu du poumon (OAP), particulièrement chez la personne atteinte d'insuffisance cardiaque.
41 **Vérifier le débit de perfusion chaque heure** pour s'assurer que le débit prescrit est respecté, en présence d'un soluté par gravité.	Car le débit peut changer en cours de perfusion en raison, notamment, d'une obstruction partielle du cathéter ou de la tubulure, d'une compression de la tubulure ou d'une mauvaise position du membre.



ÉVALUATION

42 **Vérifier la perméabilité du cathéter et examiner le site d'insertion minimalement toutes les huit heures,** afin de déceler tout signe d'infiltration ou d'infection.	Afin de prévenir les complications et les risques de contamination du site intraveineux par prolifération bactérienne.

Étapes postexécutoires	Justifications



Risque de complications

Si le site d'insertion du cathéter présente des signes d'infection, d'inflammation ou d'infiltration, il faut retirer le cathéter et en installer un nouveau à un autre endroit. La note au dossier doit être précise et décrire exactement l'état du site problématique. Le PTI doit indiquer ce constat, et les directives doivent minimalement comprendre une surveillance toutes les huit heures.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- Le type de perfusion, le débit de la perfusion et le médicament ajouté au sac à perfusion.
- La vérification de la perméabilité du site de perfusion.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- Toute réaction anormale ou indésirable survenue à la suite des soins. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Michel Gagnon **Dossier 261973**

2021-06-30 11:20 Nausées à 6/10 depuis retour de salle de réveil. Md avisé. Débutons Gravol 100 mg/NaCl 0,9 % (1000 mL) à 100 mL/h, via ABG. Site intact, perfuse bien.

2021-06-30 11:40 Nausées ↓3/10, Ø vomissement. Yvonne St-Pierre, inf.

Notes



Administration par voie intraveineuse d'un médicament en bolus dans la dérivation en Y de la tubulure de perfusion

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).**
3. **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments (« 7 bons »).**
4. Rassembler tout le matériel nécessaire.
5. **Vérifier la date d'expiration du médicament.**
6. **Vérifier la compatibilité du médicament intraveineux et du soluté en cours.**
7. **Connaître la raison de l'administration du médicament.**
8. **Préparer le médicament prescrit.**
9. **Remplir une étiquette d'identification pour la seringue. Apposer l'étiquette sur la seringue.**
10. **Apporter le médicament à la personne à l'heure prescrite.**
11. Procéder à l'hygiène des mains.
12. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
13. Expliquer la procédure de soins à la personne.
14. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
15. Assurer le maintien d'un environnement propre.
16. Assurer l'intimité de la personne.
17. Régler la hauteur du lit.
18. **Évaluer les connaissances de la personne.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

19. **Saisir la dérivation en Y proximale.**
20. **Désinfecter le site d'injection de la dérivation en Y.**
21. **Ajointer la seringue au site d'injection.**
22. **Interrompre la perfusion en pinçant la tubulure.**
23. **Vérifier la perméabilité du cathéter intraveineux.**
24. **Injecter lentement le médicament.**
25. **Une fois l'administration terminée, dévisser la seringue et relâcher la tubulure.**
26. **Jeter la seringue à la poubelle.**
27. **Rincer la tubulure avec le soluté.**
28. **Calculer et régler le débit de la perfusion intraveineuse.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

29. Réinstaller la personne dans le lit.
30. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
31. Procéder à l'hygiène des mains.
32. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
33. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.
34. **Revenir auprès de la personne au pic d'action du médicament.**
35. **Évaluer les réactions de la personne à la thérapie intraveineuse.**
36. **Vérifier le débit de perfusion chaque heure.**
37. **Vérifier la perméabilité du cathéter et examiner le site d'insertion minimalement toutes les huit heures.**

SITUATION CLINIQUE

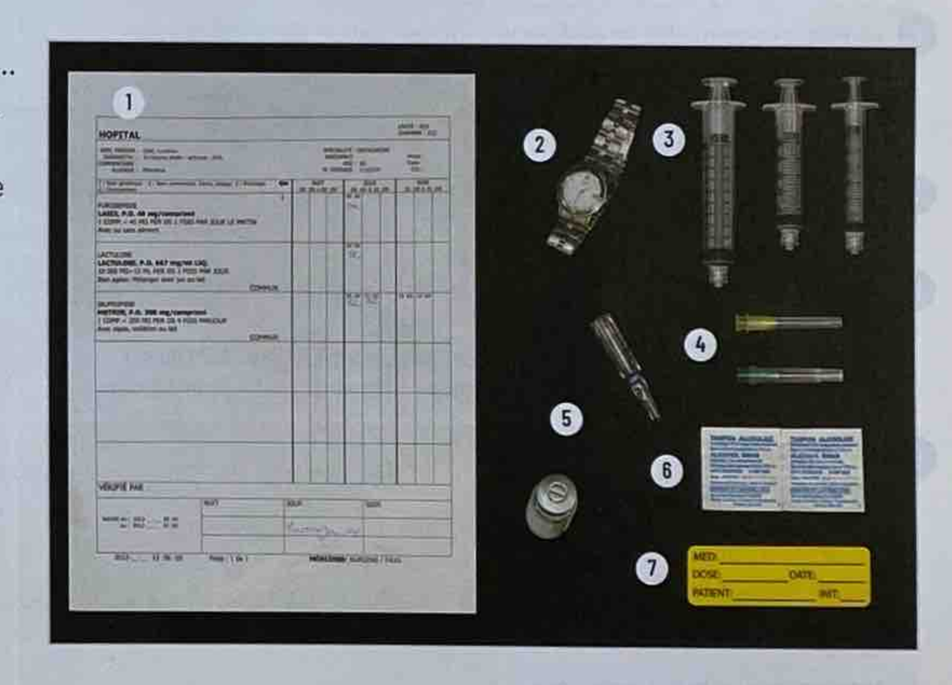
CHARLES JOSEPH, 75 ans, est hospitalisé pour une décompensation de son insuffisance cardiaque. Il est plus dyspnéique ce matin, mais son œdème à godet aux membres inférieurs est demeuré stable. À l'auscultation pulmonaire, vous entendez des crépitants aux deux bases. Vous avisez le médecin de votre évaluation, et il prescrit une dose de furosémide (Lasix[MD]) 20 mg intraveineux stat. Monsieur Joseph a présentement un soluté de dextrose 5 % avec chlorure de potassium (KCl) 40 mEq à 20 mL/h en cours.

Notions de base

L'administration de médicaments en bolus par voie intraveineuse dans la dérivation en Y d'une tubulure de perfusion est recommandée lorsqu'on désire obtenir un effet rapide, voire immédiat, du médicament. Une ordonnance médicale est requise pour toute administration de médicaments en bolus. De plus, il faut toujours vérifier la compatibilité du médicament avec la solution intraveineuse en cours.

Matériel

- Feuille d'administration des médicaments (FADM) ❶
- Montre avec trotteuse ou à affichage numérique ❷
- Seringue (calibre selon le volume à injecter) ❸ et aiguille (calibre 18 à 20) ❹
- Médicament en fiole ou en ampoule ❺
- Tampons d'alcool 70 % ❻
- Étiquette d'identification autocollante ❼

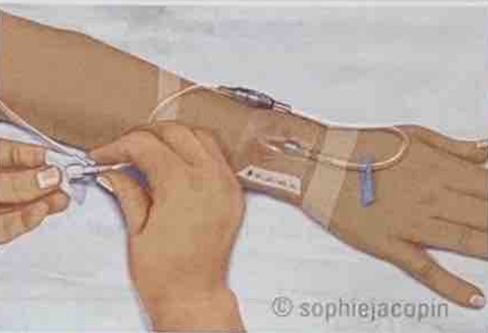


Étapes préexécutoires	Justifications
1 Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).	
2 **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).**	Car c'est le document légal autorisant l'administration des médicaments par l'infirmière (activité réservée). Cette vérification permet de s'assurer que l'ordonnance est lisible et précise, et qu'elle concorde avec la FADM.

Étapes préexécutoires	Justifications
3 **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments,** communément appelés les « **7 bons** », pour chaque médicament : 1. le bon médicament ; 2. à la bonne dose ; 3. à la bonne personne ; 4. par la bonne voie d'administration ; 5. au bon moment ; 6. en produisant la bonne documentation (exactitude de l'inscription de l'administration du médicament sur la FADM ou au dossier de la personne) ; 7. en assurant la bonne surveillance des effets attendus et des effets indésirables des médicaments administrés.	Pour assurer une administration sécuritaire et adéquate du médicament.
4 Rassembler tout le matériel nécessaire.	
5 **Vérifier la date d'expiration du médicament.** Ne pas préparer ni administrer un médicament dont la date d'expiration est dépassée.	Car un médicament périmé peut s'avérer instable sur le plan chimique, être inefficace ou ne plus être stérile.
6 **Vérifier la compatibilité du médicament intraveineux et du soluté en cours** en consultant le tableau de compatibilité des molécules et des solutions.	Car un mélange de solutions ou de médicaments incompatibles peut générer des réactions indésirables, voire mortelles.
7 **Connaître la raison de l'administration du médicament.**	Pour assurer les surveillances appropriées à la suite du bolus.
8 **Préparer le médicament prescrit** à partir d'une fiole ou d'une ampoule en respectant les recommandations du fabricant et du pharmacien. Porter une attention particulière aux indications inscrites sur la FADM ou sur l'emballage du médicament quant à la méthode de reconstitution et de dilution.	Afin de préparer la dose exacte qui est prescrite.
9 **Remplir une étiquette d'identification pour la seringue.** Y inscrire le nom du médicament, la quantité à administrer, la concentration, la date et l'heure de l'administration, ainsi que ses initiales. **Apposer l'étiquette sur la seringue** en évitant de masquer la graduation en mL.  	Afin d'éviter les erreurs d'administration de médicament.
10 **Apporter le médicament à la personne à l'heure prescrite** ou, au plus tard, dans les 30 minutes qui précèdent ou qui suivent l'heure prescrite.	Afin de maximiser l'effet thérapeutique.
11 à **17** Effectuer les étapes **D** à **J** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	

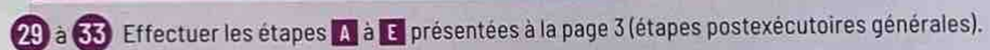
ÉVALUATION

18 **Évaluer les connaissances de la personne** concernant son état de santé et les médicaments qu'elle doit recevoir.	Afin de déterminer ses besoins en matière d'enseignement.

Étapes exécutoires	Justifications
19 **Saisir la dérivation en Y proximale.**	Car c'est le site d'injection le plus près de la veine.
ALERTE CLINIQUE **Interaction de médicaments** Si le médicament à administrer est incompatible avec la solution de perfusion intraveineuse en cours ou avec un médicament déjà ajouté à la solution, il faut fermer le presse-tube régulateur de débit et rincer la tubulure avec 10 mL de solution physiologique par la dérivation en Y, avant et après l'administration du médicament. On doit laisser le presse-tube fermé pendant l'administration du médicament.	
20 **Désinfecter le site d'injection de la dérivation en Y** avec un tampon d'alcool 70 %. Laisser sécher au moins 30 secondes.  © sophiejacopin	Afin d'éviter l'introduction d'agents pathogènes dans la circulation sanguine au moment d'injecter le médicament. Ce délai permet à l'alcool de produire son effet aseptisant.
21 **Ajointer la seringue au site d'injection** de la dérivation en Y et la visser fermement.  © sophiejacopin	Afin d'assurer l'ouverture de la valve et de permettre l'injection du médicament.
22 **Interrompre la perfusion en pinçant la tubulure** en amont de la dérivation en Y.	Afin d'éviter que le médicament remonte vers le soluté au moment de l'injection.
23 **Vérifier la perméabilité du cathéter intraveineux** en aspirant légèrement avec la seringue, jusqu'à l'apparition d'un retour veineux.	Afin de s'assurer d'administrer le médicament dans la veine et non dans les tissus environnants.
24 **Injecter lentement le médicament** (un millilitre par minute ou suivant les recommandations du pharmacien) en maintenant la tubulure pincée pendant l'injection.  © sophiejacopin	Car une injection trop rapide peut irriter la veine ou provoquer certains effets indésirables.

Étapes exécutoires	Justifications
ALERTE CLINIQUE **Risque d'inconfort** Si la personne ressent un malaise, arrêter d'injecter le médicament et de pincer la tubulure. Laisser le soluté couler pendant quelques secondes afin de diluer le médicament. Quand le malaise est passé, reprendre l'administration du médicament selon la procédure.	
25 **Une fois l'administration terminée, dévisser la seringue et relâcher la tubulure.**	Afin de permettre au soluté de recommencer à couler.
26 **Jeter la seringue à la poubelle.**	Afin d'éviter la propagation de microorganismes.
27 **Rincer la tubulure avec le soluté** en ouvrant le presse-tube pour augmenter le débit pendant quelques secondes.	Afin d'assurer que tout le médicament est administré.
28 **Calculer et régler le débit de la perfusion intraveineuse** à la vitesse appropriée.	Afin d'assurer la reprise de la perfusion au débit prescrit.

Étapes postexécutoires	Justifications


29 à 33 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).

N'OUBLIEZ PAS



Si la personne a un dosage des ingesta et des excreta, il est important de calculer les quantités de solution intraveineuse reçues et de les inscrire dans la colonne des ingesta. Les irrigations faites avec 3 à 5 mL de solution saline ne sont pas calculées dans le dosage.

ÉVALUATION



34 **Revenir auprès de la personne au pic d'action du médicament** afin d'évaluer sa réaction.	Afin de vérifier l'effet attendu du médicament et de détecter tout effet indésirable ou toute réaction allergique à celui-ci.

SITUATION CLINIQUE

À la suite de l'administration de Lasix[MD] à monsieur Joseph, en plus de la réponse urinaire, que devez-vous surveiller étroitement ? Justifiez votre réponse.

Étapes postexécutoires	Justifications
ÉVALUATION ✓ 35 **Évaluer les réactions de la personne à la thérapie intraveineuse.** Rechercher la présence de signes de surcharge liquidienne tels que la dyspnée, des crépitants à l'auscultation pulmonaire, la tachycardie ou la tachypnée.	Car une surcharge liquidienne peut ultimement mener à un œdème aigu du poumon (OAP), particulièrement chez la personne atteinte d'insuffisance cardiaque.
36 **Vérifier le débit de perfusion chaque heure** pour s'assurer que le débit prescrit est respecté.	Car le débit peut changer en cours de perfusion en raison, notamment, d'une obstruction partielle du cathéter ou de la tubulure, d'une compression de la tubulure ou d'une mauvaise position du membre.
ÉVALUATION ✓ 37 **Vérifier la perméabilité du cathéter et examiner le site d'insertion minimalement toutes les huit heures,** afin de déceler tout signe d'infiltration ou d'infection. **ALERTE CLINIQUE** **Risque de complications** Si le site d'insertion du cathéter présente des signes d'infection, d'inflammation ou d'infiltration, il faut retirer le cathéter et en installer un nouveau à un autre endroit. La note au dossier doit être précise et décrire exactement l'état du site problématique. Le PTI doit indiquer ce constat, et les directives doivent minimalement comprendre une surveillance toutes les huit heures.	Afin de prévenir les complications et les risques de contamination du site intraveineux par prolifération bactérienne.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- Les raisons qui ont motivé l'administration du médicament prn.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- Le résultat de l'évaluation effectuée au pic d'action du médicament.
- Toute réaction anormale ou indésirable survenue à la suite des soins. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Charles Joseph — **Dossier 654321**

2021-06-30	10:00	Ausc. pulm. : présence de crépitants aux 2 bases. R : 24/min sans utilisation des muscles accessoires. OMI stable. Dr Latour avisé.
2021-06-30	10:30	Administration d'une dose de Lasix 20 mg IV STAT.
2021-06-30	10:40	Miction libre 350 mL. OMI idem, ausc. pulm. : légère ↓ des crépitants aux bases. Yvonne St-Pierre, inf.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER SUR LA FADM

- L'heure d'administration du médicament.
- Votre signature, votre titre et vos initiales aux endroits appropriés.
- Toute autre indication exigée par l'établissement (p. ex. rature de l'heure une fois le médicament administré).

Extrait de la FADM de monsieur Charles Joseph

Médicaments	NUIT 00:00 à 08:00	JOUR 08:00 à 16:00	SOIR 16:00 à 00:00
Médication prn			
Lasix 20 mg IV STAT		10:30 YS	

Signature complète de l'infirmière et initiales				
		Yvonne St-Pierre, inf.	YS	

Notes



Administration par voie intraveineuse d'un médicament en bolus dans un bouchon à injections intermittentes

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).**
3. **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments (« 7 bons »).**
4. Rassembler tout le matériel nécessaire.
5. **Vérifier la date d'expiration du médicament.**
6. **Connaître la raison de l'administration du médicament.**
7. **Préparer le médicament prescrit.**
8. **Remplir une étiquette d'identification pour la seringue. Apposer l'étiquette sur la seringue.**
9. **Faire le vide d'air de deux seringues de NaCl 0,9 % préremplies.**
10. **Apporter le médicament et les deux seringues d'irrigation au chevet de la personne à l'heure prescrite.**
11. Procéder à l'hygiène des mains.
12. Expliquer la procédure de soins à la personne.
13. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
14. Assurer le maintien d'un environnement propre.
15. Assurer l'intimité de la personne.
16. Régler la hauteur du lit.
17. **Évaluer les connaissances de la personne.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

18. **Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.**
19. **Désinfecter le bouchon à injections intermittentes.**
20. **Ajointer une première seringue de NaCl 0,9 % au bouchon.**
21. **Vérifier la présence d'un retour veineux.**
22. **Procéder délicatement à l'irrigation.**
23. **Dévisser la seringue de NaCl 0,9 % du bouchon et y ajointer la seringue contenant le médicament.**
24. **Injecter lentement le médicament.**
25. **Dévisser la seringue du bouchon et y ajointer la seconde seringue de NaCl 0,9 %.**
26. **Procéder délicatement à l'irrigation.**
27. **En maintenant la pression sur le piston de la seringue, fermer le presse-tube.**
28. **Dévisser la seringue et la jeter à la poubelle, avec les deux autres seringues vides.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

29. Réinstaller la personne dans le lit.
30. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
31. Procéder à l'hygiène des mains.
32. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
33. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.
34. **Revenir auprès de la personne au pic d'action du médicament.**
35. **Vérifier la perméabilité du cathéter et examiner le site d'insertion minimalement toutes les huit heures.**

MS 9.7

SITUATION CLINIQUE

CHARLES JOSEPH, 75 ans, est hospitalisé pour une décompensation de son insuffisance cardiaque. Il est plus dyspnéique ce matin, mais son œdème à godet aux membres inférieurs est demeuré stable. À l'auscultation pulmonaire, vous entendez des crépitants aux deux bases. Vous informez le médecin de votre évaluation, et il prescrit une dose de furosémide (Lasix[MD]) 20 mg intraveineux stat. Ce médicament doit être administré en bolus.

Notions de base

L'administration de médicaments en bolus par voie intraveineuse dans un bouchon à injections intermittentes est recommandée lorsqu'on désire obtenir un effet rapide, voire immédiat, du médicament. Une ordonnance médicale est requise pour toute administration de médicaments en bolus.

Matériel

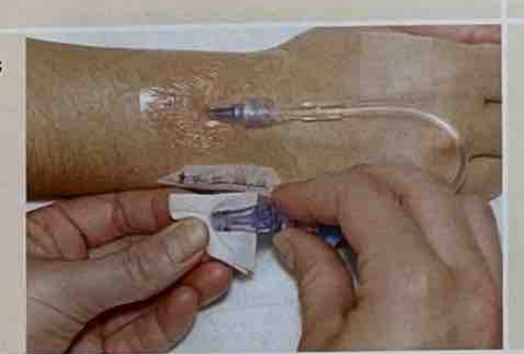
- Feuille d'administration des médicaments (FADM) 1
- Montre avec trotteuse ou à affichage numérique 2
- Deux seringues de NaCl 0,9 % préremplies 3
- Seringue (calibre selon le volume à injecter) 4 et aiguille (calibre 18 à 20) 5
- Médicament en fiole ou en ampoule 6
- Tampons d'alcool 70 % 7
- Étiquette d'identification autocollante 8



Étapes préexécutoires	Justifications
1 Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).	
2 **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).**	Car c'est le document légal autorisant l'administration des médicaments par l'infirmière (activité réservée). Cette vérification permet de s'assurer que l'ordonnance est lisible et précise, et qu'elle concorde avec la FADM.

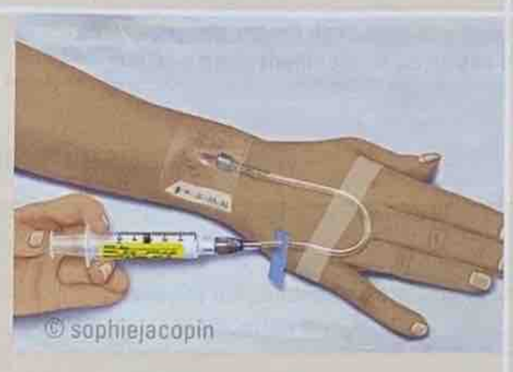
Étapes préexécutoires	Justifications
3 **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments,** communément appelés les « **7 bons** », pour chaque médicament : 1. le bon médicament ; 2. à la bonne dose ; 3. à la bonne personne ; 4. par la bonne voie d'administration ; 5. au bon moment ; 6. en produisant la bonne documentation (exactitude de l'inscription de l'administration du médicament sur la FADM ou au dossier de la personne); 7. en assurant la bonne surveillance des effets attendus et des effets indésirables des médicaments administrés.	Pour assurer une administration sécuritaire et adéquate du médicament.
4 Rassembler tout le matériel nécessaire.	
5 **Vérifier la date d'expiration du médicament.** Ne pas préparer ni administrer un médicament dont la date d'expiration est dépassée.	Car un médicament périmé peut s'avérer instable sur le plan chimique, être inefficace ou ne plus être stérile.
6 **Connaître la raison de l'administration du médicament.**	Pour assurer les surveillances appropriées à la suite du bolus.
7 **Préparer le médicament prescrit** à partir d'une fiole ou d'une ampoule en respectant les recommandations du fabricant et du pharmacien. Porter une attention particulière aux indications inscrites sur la FADM ou sur l'emballage du médicament quant à la méthode de reconstitution et de dilution.	Afin de préparer la dose exacte qui est prescrite.
8 **Remplir une étiquette d'identification pour la seringue.** Y inscrire le nom du médicament, la quantité à administrer, la concentration, la date et l'heure de l'administration, ainsi que ses initiales. **Apposer l'étiquette sur la seringue** en évitant de masquer la graduation en mL. © sophiejacopin	Afin d'éviter les erreurs d'administration de médicament.
9 **Faire le vide d'air de deux seringues de NaCl 0,9 % préremplies.**	Afin de vérifier la perméabilité du cathéter avant l'administration du médicament et de l'irriguer après l'administration de celui-ci.
10 **Apporter le médicament et les deux seringues d'irrigation au chevet de la personne à l'heure prescrite** ou, au plus tard, dans les 30 minutes qui précèdent ou qui suivent l'heure prescrite.	Afin de maximiser l'effet thérapeutique.
11 à **16** Effectuer les étapes **D**, et **F** à **J** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	

Étapes préexécutoires	Justifications
ÉVALUATION 	
17 **Évaluer les connaissances de la personne** concernant son état de santé et les médicaments qu'elle doit recevoir.	Afin de déterminer ses besoins en matière d'enseignement.

Étapes exécutoiresv	Justifications
18 **Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.**	Car le bracelet d'identité constitue la source la plus fiable pour l'identifier. Il doit être mis au poignet de la personne dès son admission dans l'établissement. Vérifier le nom de la personne uniquement de façon orale est déconseillé en raison du risque d'erreur (p. ex. chez une personne désorientée).
19 **Désinfecter le bouchon à injections intermittentes** avec un tampon d'alcool 70 % et laisser sécher au moins 30 secondes. 	Afin d'éviter l'introduction d'agents pathogènes dans la circulation sanguine au moment d'injecter le médicament. Ce délai permet à l'alcool de produire son effet aseptisant.
20 **Ajointer une première seringue de NaCl 0,9 % au bouchon** et visser fermement. 	Afin d'assurer l'ouverture de la valve et de permettre l'injection du médicament. L'irrigation avec le NaCl permet d'évacuer le sang et les résidus médicamenteux du cathéter et du réservoir.
21 **Vérifier la présence d'un retour veineux** en aspirant doucement pour voir le sang dans la tubulure.	Afin de confirmer la perméabilité du cathéter.
22 **Procéder délicatement à l'irrigation** selon la technique avec turbulence (par petits coups saccadés).	Afin de rincer la tubulure et le cathéter. La technique avec turbulence aide à déloger tout dépôt dans la lumière du cathéter.

N'OUBLIEZ PAS 

La quantité injectée de NaCl 0,9 % pour un cathéter court périphérique est généralement de 3 à 5 mL. Il faut consulter le protocole en vigueur dans l'établissement à ce sujet.

Étapes exécutoiresv	Justifications
23 **Dévisser la seringue de NaCl 0,9 % du bouchon** de manière stérile **et y ajointer la seringue contenant le médicament.** Si le site d'injection a été contaminé accidentellement, le désinfecter de nouveau.	
24 **Injecter lentement le médicament** (un millilitre par minute ou suivant les recommandations du pharmacien).  © sophiejacopin **ALERTE CLINIQUE** **Risque d'inconfort** Si la personne ressent un malaise, ralentir ou arrêter l'injection du médicament pendant quelques secondes. Quand le malaise est passé, reprendre l'administration du médicament selon la procédure.	Car une injection trop rapide peut irriter la veine ou provoquer certains effets indésirables.
25 **Dévisser la seringue du bouchon** de manière stérile **et y ajointer la seconde seringue de NaCl 0,9 %.** Si le site d'injection a été contaminé accidentellement, le désinfecter de nouveau.	
26 **Procéder délicatement à l'irrigation** selon la technique avec turbulence (par petits coups saccadés).	Afin de rincer la tubulure et le cathéter. La technique avec turbulence aide à déloger tout dépôt dans la lumière du cathéter.
27 **En maintenant la pression sur le piston de la seringue, fermer le presse-tube** de la main non dominante.  © sophiejacopin	Afin de créer une pression positive et d'éviter le reflux de sang dans le cathéter au moment de retirer la seringue d'irrigation.
28 **Dévisser la seringue et la jeter à la poubelle, avec les deux autres seringues vides.**	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
 29 à  33 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
ÉVALUATION 	
34 **Revenir auprès de la personne au pic d'action du médicament** afin d'évaluer sa réaction.	Afin de vérifier l'effet attendu du médicament et de détecter tout effet indésirable ou toute réaction allergique à celui-ci.

SITUATION CLINIQUE

Étant donné la situation de monsieur Joseph, que devez-vous surveiller en priorité ?

Étapes postexécutoires	Justifications
ÉVALUATION 	
35 **Vérifier la perméabilité du cathéter et examiner le site d'insertion minimalement toutes les huit heures,** afin de déceler tout signe d'infiltration ou d'infection.	Afin de prévenir les complications et les risques de contamination du site intraveineux par prolifération bactérienne.

ALERTE CLINIQUE

Risque de complications

Si le site d'insertion du cathéter présente des signes d'infection, d'inflammation ou d'infiltration, il faut retirer le cathéter et en installer un nouveau à un autre endroit. La note au dossier doit être précise et décrire exactement l'état du site problématique. Le PTI doit indiquer ce constat, et les directives doivent minimalement comprendre une surveillance toutes les huit heures.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- Les résultats des évaluations faites avant et après l'administration du médicament, particulièrement lorsqu'il s'agit d'un médicament administré en stat.
- La quantité et le type de solution utilisée pour le rinçage du bouchon à injections intermittentes.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- Toute réaction anormale ou indésirable survenue à la suite des soins. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Charles Joseph **Dossier 65432**

2021-06-30	10:30	Dyspnée ↑ par rapport à ce matin. OMI × 2 c̄ godet stable. Ausc. pulm. : crépitants aux bases. Installé en position Fowler haute, jambes pendantes. Md avisé, Lasix 20 mg IV STAT. adm. Rappel fait sur importance du dosage I/E, urinal au chevet.
2021-06-30	10:40	Miction libre de 500 mL. Dyspnée ↓. OMI idem. Ausc. pulm. : crépitants ↓ par rapport à pré-Lasix. Md avisé, RX pms demandé. Martine Brunette, inf.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER SUR LA FADM

- L'heure d'administration du médicament.
- Votre signature, votre titre et vos initiales aux endroits appropriés.
- Toute autre indication exigée par l'établissement (p. ex. rature de l'heure une fois le médicament administré).

Extrait de la FADM de monsieur Charles Joseph

Médicaments	NUIT 00:00 à 08:00	JOUR 08:00 à 16:00	SOIR 16:00 à 00:00
Médication prn			
Glycérine, 1 supp. I.R. si constipation Début : 2021-06-29 Fin : 2021-06-29 Lasix 20 mg IV x 1 dose STAT		13:20 MB	

Signature complète de l'infirmière et initiales					
Vitalie Perreault, inf.	VP	Martine Brunette, inf.	MB		

Notes



Administration par voie intraveineuse d'un médicament au moyen d'un minisac

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).**
3. **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments (« 7 bons »).**
4. Rassembler tout le matériel nécessaire.
5. **Vérifier la date d'expiration du médicament.**
6. **Vérifier la compatibilité du médicament intraveineux et du soluté en cours.**
7. **Connaître la raison de l'administration du médicament.**
8. **Au besoin, préparer le médicament prescrit et l'injecter dans le minisac de soluté.**
9. **Remplir une étiquette d'identification rouge pour le minisac de soluté.**
10. **Apposer l'étiquette sur le minisac.**
11. **Apporter le médicament au chevet de la personne à l'heure prescrite.**
12. Procéder à l'hygiène des mains.
13. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
14. Expliquer la procédure de soins à la personne.
15. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
16. Assurer le maintien d'un environnement propre.
17. Assurer l'intimité de la personne.
18. Régler la hauteur du lit.
19. **Informer la personne quant à l'importance de bien positionner le membre sur lequel le cathéter est installé.**
20. **Évaluer les connaissances de la personne.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

21. **Raccorder la tubulure de perfusion secondaire au minisac.**
22. **Comprimer la chambre compte-gouttes et la relâcher pour la remplir jusqu'à la ligne de démarcation.**
23. **Procéder lentement au vide d'air de la tubulure de perfusion secondaire.**
24. **Apposer une étiquette d'identification sur la tubulure de perfusion secondaire.**
25. **Désinfecter le site d'injection de la dérivation en Y distale de la tubulure de perfusion primaire.**
26. **Ajointer la tubulure du minisac à la dérivation en Y distale de la tubulure de perfusion primaire.**
27. **Suspendre le sac de soluté de la perfusion primaire au crochet.**
28. **Ouvrir complètement le presse-tube de la tubulure de perfusion secondaire et régler le débit.**
29. **Demander à la personne de signaler toute réaction inhabituelle.**
30. **Une fois la perfusion du médicament terminée, fermer le presse-tube de la tubulure du minisac.**
31. **Rétablir le système de perfusion intraveineuse.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

32. Réinstaller la personne dans le lit.
33. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
34. Procéder à l'hygiène des mains.
35. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
36. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.
37. **Évaluer les réactions de la personne à la thérapie intraveineuse.**
38. **Vérifier la perméabilité du cathéter et examiner le site d'insertion minimalement toutes les huit heures.**

SITUATION CLINIQUE

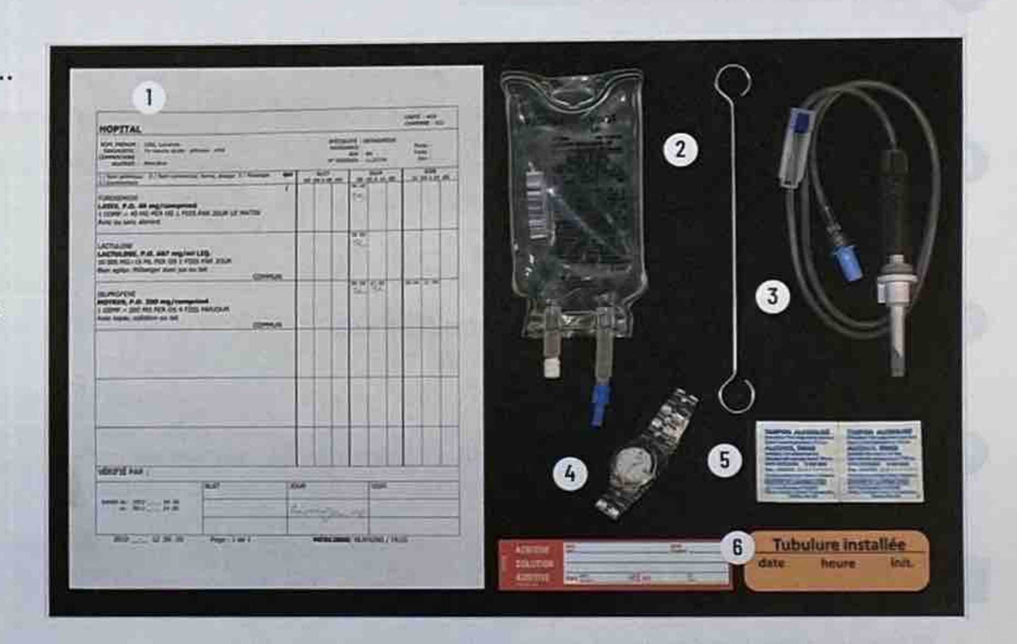
MANUEL GONZALES, 57 ans, doit être opéré pour une résection de tumeur cancéreuse à la vessie. Avant son départ pour la salle d'opération, il reçoit un antibiotique intraveineux en prophylaxie.

Notions de base

L'administration d'un médicament par voie intraveineuse au moyen d'un minisac est recommandée lorsque le médicament doit être dilué dans une solution avant d'être administré. Cette méthode est utilisée, entre autres, lorsque le médicament ne peut être administré par bolus, car il serait trop irritant pour les veines. Une ordonnance médicale est requise pour toute administration de médicaments par voie intraveineuse.

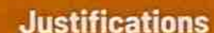
Matériel

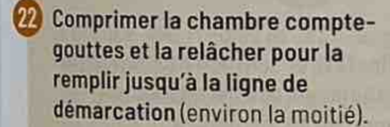
- Feuille d'administration des médicaments (FADM) ❶
- Minisac ❷
- Tubulure pour perfusion secondaire avec crochet ❸
- Montre avec trotteuse ou à affichage numérique ❹
- Tampons d'alcool 70 % ❺
- Étiquettes d'identification autocollantes ❻



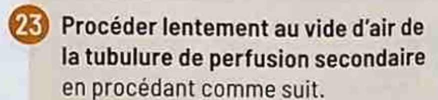
Étapes préexécutoires	Justifications
❶ Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).	
❷ **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).**	Car c'est le document légal autorisant l'administration des médicaments par l'infirmière (activité réservée). Cette vérification permet de s'assurer que l'ordonnance est lisible et précise, et qu'elle concorde avec la FADM.

Étapes préexécutoires	Justifications
3 **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments,** communément appelés les « **7 bons** », pour chaque médicament : 1. le bon médicament ; 2. à la bonne dose ; 3. à la bonne personne ; 4. par la bonne voie d'administration ; 5. au bon moment ; 6. en produisant la bonne documentation (exactitude de l'inscription de l'administration du médicament sur la FADM ou au dossier de la personne) ; 7. en assurant la bonne surveillance des effets attendus et des effets indésirables des médicaments administrés.	Pour assurer une administration sécuritaire et adéquate du médicament.
4 Rassembler tout le matériel nécessaire.	
5 **Vérifier la date d'expiration du médicament.** Ne pas préparer ni administrer un médicament dont la date d'expiration est dépassée.	Car un médicament périmé peut s'avérer instable sur le plan chimique, être inefficace ou ne plus être stérile.
6 **Vérifier la compatibilité du médicament intraveineux et du soluté en cours** en consultant le tableau de compatibilité des molécules et des solutions.	Car un mélange de solutions ou de médicaments incompatibles peut générer des réactions indésirables, voire mortelles.
7 **Connaître la raison de l'administration du médicament.**	Pour assurer les surveillances appropriées à la suite de l'administration du médicament.
8 **Au besoin, préparer le médicament prescrit** à partir d'une fiole ou d'une ampoule, en respectant les recommandations du fabricant et du pharmacien, **et l'injecter dans le minisac de soluté.** **N'OUBLIEZ PAS !** Si le médicament à administrer est incompatible avec la solution de perfusion intraveineuse en cours ou avec un médicament déjà ajouté à la solution, il faut installer une deuxième voie intraveineuse.	Car certains milieux de soins font préparer les minisacs par la pharmacie.
9 **Remplir une étiquette d'identification rouge pour le minisac de soluté.** Y inscrire le nom du médicament, la quantité à administrer, la concentration, la date et l'heure de l'administration, ainsi que ses initiales.	Afin d'éviter les erreurs d'administration de médicament.
10 **Apposer l'étiquette sur le minisac** à l'horizontale, du même côté que les inscriptions permanentes, en prenant soin de ne pas couvrir les renseignements d'identification qui s'y trouvent.	Afin de pouvoir vérifier à la fois le minisac et son contenu sans avoir à le retourner.
11 **Apporter le médicament au chevet de la personne à l'heure prescrite** ou, au plus tard, dans les 30 minutes qui précèdent ou qui suivent l'heure prescrite.	Afin de maximiser l'effet thérapeutique.
12 à **18** Effectuer les étapes **D** à **J** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	

Étapes préexécutoires	Justifications
 19 **Informer la personne quant à l'importance de bien positionner le membre sur lequel le cathéter est installé** afin que la vitesse de perfusion soit respectée.  **N'OUBLIEZ PAS** En pédiatrie, il peut s'avérer nécessaire d'installer une attelle sous la main ou le bras de l'enfant ayant besoin d'une perfusion, surtout si le cathéter est installé près de l'articulation du poignet ou au pli du coude. Cette précaution assure un écoulement continu de la perfusion et permet à l'infirmière d'observer facilement le site d'insertion du cathéter.	Pour favoriser la collaboration de la personne et inciter celle-ci à signaler tout ralentissement ou arrêt de la perfusion.
ÉVALUATION 20 **Évaluer les connaissances de la personne** concernant son état de santé et les médicaments qu'elle doit recevoir.	 Afin de déterminer ses besoins en matière d'enseignement.

Étapes exécutoires	Justifications
21 **Raccorder la tubulure de perfusion secondaire au minisac** en procédant comme suit. • Suspendre le minisac à une tige à perfusion. • Ouvrir l'emballage de la tubulure de perfusion secondaire et fermer le presse-tube régulateur de débit. • Retirer la gaine protectrice du perforateur de la tubulure ainsi que celle du site d'insertion du minisac. • Insérer le perforateur de la tubulure dans le site d'insertion du minisac sans le contaminer.	Car la fermeture du presse-tube empêche le médicament de couler lors de l'insertion du perforateur dans le minisac et prévient la perte de médicament lors du vide d'air.
22 **Comprimer la chambre compte-gouttes et la relâcher pour la remplir jusqu'à la ligne de démarcation** (environ la moitié).  Si la chambre compte-gouttes est trop remplie, pincer la tubulure sous la chambre, renverser le minisac et comprimer la chambre compte-gouttes. Une fois la chambre vidée, retourner le minisac et replacer celui-ci sur la tige.   **N'OUBLIEZ PAS** Le compte-gouttes ne doit jamais être submergé, car il serait alors impossible de vérifier l'écoulement des gouttes et, au besoin, de régler le débit de la perfusion.	Car le relâchement de la pression produit un effet de succion, permettant au liquide d'entrer dans la chambre compte-gouttes.

Étapes exécutoires	Justifications



23 Procéder lentement au vide d'air de la tubulure de perfusion secondaire en procédant comme suit.



- Retirer le capuchon protecteur de l'embout raccord mâle de la tubulure et le déposer sur un tampon d'alcool 70 % ouvert en évitant de le contaminer. Si le capuchon a été contaminé accidentellement, le jeter à la poubelle et le remplacer par un bouchon stérile.
- Ouvrir le presse-tube régulateur de débit et procéder au vide d'air.
- Fermer le presse-tube régulateur de débit.
- Remettre le capuchon protecteur sur l'embout de la tubulure.

Justification : Afin de ne pas perdre de médicament.

ALERTE CLINIQUE

Prévention des infections

Les tubulures pour perfusion intermittente qui sont connectées et déconnectées à chaque administration de médicament devraient être changées toutes les 24 heures afin d'éviter la contamination bactérienne.

24 Apposer une étiquette d'identification sur la tubulure de perfusion secondaire près de la chambre compte-gouttes.



Justification : Afin de prévoir le changement de la tubulure dans 24 heures.

25 Désinfecter le site d'injection de la dérivation en Y distale de la tubulure de perfusion primaire avec un tampon d'alcool 70 %.

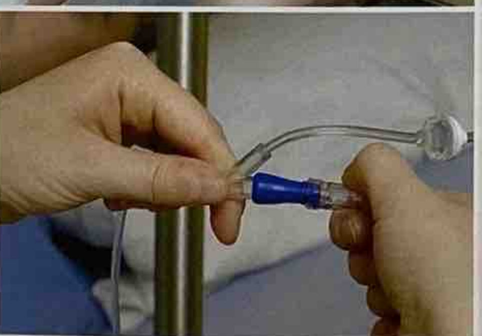
Laisser sécher au moins 30 secondes.



Justification : Afin d'éviter l'introduction d'agents pathogènes dans la circulation sanguine au moment du branchement de la tubulure de perfusion secondaire.

Ce délai permet à l'alcool de produire son effet aseptisant.

26 Ajointer la tubulure du minisac à la dérivation en Y distale de la tubulure de perfusion primaire.



Justification : Car pour permettre l'écoulement du minisac par gravité, il doit être connecté au Y se trouvant le plus près possible du sac de soluté primaire.

Étapes exécutoires	Justifications
27 **Suspendre le sac de soluté de la perfusion primaire au crochet** qui est fourni dans l'emballage de la tubulure secondaire, afin de l'abaisser.	Car l'écoulement du minisac se fait par gravité. Le sac de soluté de la perfusion primaire doit donc être installé plus bas que le sac contenant le médicament (minisac), afin que celui-ci puisse s'écouler en premier. Le soluté primaire va commencer à couler lorsque le sac contenant le médicament sera vide.





N'OUBLIEZ PAS

Entre la chambre compte-gouttes et la dérivation en Y distale de la tubulure primaire, il y a une valve antireflux empêchant le médicament de remonter vers le soluté primaire.



Étapes exécutoires	Justifications
28 **Ouvrir complètement le presse-tube de la tubulure de perfusion secondaire et régler le débit** au moyen du presse-tube régulateur de débit de la tubulure de perfusion primaire.	Car la gravité influant sur les sacs ainsi placés fait en sorte que le débit du minisac est contrôlé par la tubulure de perfusion primaire.



N'OUBLIEZ PAS

Lorsque vous réglez le débit du minisac avec le presse-tube régulateur de débit de la perfusion primaire, vous devez vous assurer de regarder la chambre compte-gouttes du minisac. Si elle ne coule pas, c'est que vous avez oublié d'ouvrir complètement le presse-tube de sa tubulure. Si vous utilisez une pompe à perfusion pour administrer le contenu du minisac, il faut toujours vérifier que l'écoulement se fait dans la chambre compte-gouttes du minisac une fois la perfusion amorcée.

SITUATION CLINIQUE

Vous avez omis de déplacer la perfusion primaire sur le crochet. Par conséquent, la perfusion primaire et le minisac sont à la même hauteur. Lorsque vous ouvrez le presse-tube du minisac, il se remplit avec la perfusion primaire. Le temps que vous déplaciez la perfusion primaire sur le crochet, le minisac a presque doublé de volume. Que faites-vous ?

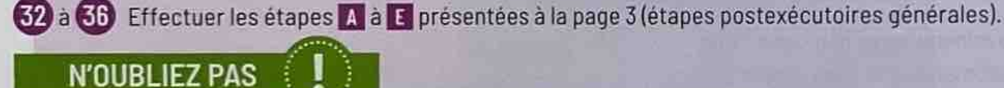
Étapes exécutoires	Justifications
29 **Demander à la personne de signaler toute réaction inhabituelle** au site d'injection (rougeur, sensibilité, démangeaison) pendant la perfusion.	Afin d'intervenir rapidement, au besoin.

MS 9.8

Étapes exécutoires	Justifications
30 Une fois la perfusion du médicament terminée, fermer le presse-tube de la tubulure du minisac.	Car le dispositif peut demeurer en place pendant 24 heures. De plus, si le presse-tube de la tubulure secondaire reste ouvert, il est possible que le soluté primaire remonte dans la tubulure et remplisse le minisac, ce qui augmenterait le risque d'erreur d'administration du médicament (un minisac plein peut laisser croire que le médicament n'a pas été administré).
31 Rétablir le système de perfusion intraveineuse. a) Si la personne avait une perfusion primaire en cours : replacer le soluté sur la tige à perfusion et régler le débit au moyen du presse-tube de sa tubulure selon la prescription. b) Si la personne avait un bouchon à injections intermittentes : procéder au désaboutement du soluté primaire et à la fermeture du système d'injection intermittent. Pour ce faire : • Fermer le presse-tube du soluté primaire et le désabouter du bouchon en prenant soin de mettre un bouchon bleu sur la tubulure dans le but de préserver l'asepsie. • Procéder à l'irrigation du bouchon à injections intermittentes selon la technique avec turbulence (par petits coups saccadés) et à la fermeture du système par pression positive.	Afin de poursuivre le traitement intraveineux prescrit pour la personne.

Étapes postexécutoires	Justifications

32 à 36 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).



N'OUBLIEZ PAS !

Si la personne a un dosage des ingesta et des excreta, il est important de calculer les quantités de solution intraveineuse reçues et de les inscrire dans la colonne des ingesta. Les irrigations faites avec 3 à 5 mL de solution saline ne sont pas calculées dans le dosage.

ÉVALUATION



37 Évaluer les réactions de la personne à la thérapie intraveineuse. Rechercher la présence de signes de surcharge liquidienne tels que la dyspnée, des crépitants à l'auscultation pulmonaire, la tachycardie ou la tachypnée.	Car une surcharge liquidienne peut ultimement mener à un œdème aigu du poumon (OAP), particulièrement chez la personne atteinte d'insuffisance cardiaque.

Étapes postexécutoires	Justifications
 ÉVALUATION 38 **Vérifier la perméabilité du cathéter et examiner le site d'insertion minimalement toutes les huit heures,** afin de déceler tout signe d'infiltration ou d'infection.	Afin de prévenir les complications et les risques de contamination du site intraveineux par prolifération bactérienne.
 ALERTE CLINIQUE **Risque de complications** Si le site d'insertion du cathéter présente des signes d'infection, d'inflammation ou d'infiltration, il faut retirer le cathéter et en installer un nouveau à un autre endroit. La note au dossier doit être précise et décrire exactement l'état du site problématique. Le PTI doit indiquer ce constat, et les directives doivent minimalement comprendre une surveillance toutes les huit heures.	

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- Les résultats des évaluations faites.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- Toute réaction anormale ou indésirable survenue à la suite des soins. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Manuel Gonzales **Dossier 369258**

2021-06-20 07:00 Arrivé sur pied accompagné de sa conjointe. Installé ch n° 320, lit 2, à jeun pour SO. NS à 100 mL/h via ABD, site intact. Enseignement fait. ATB débuté. Prêt pour SO. Marie Lebrun, inf.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER SUR LA FADM

- L'heure d'administration du médicament.
- Votre signature, votre titre et vos initiales aux endroits appropriés.
- Toute autre indication exigée par l'établissement (p. ex. rature de l'heure une fois le médicament administré).



Extrait de la FADM de monsieur Manuel Gonzales

Médicaments	NUIT 00:00 à 08:00	JOUR 08:00 à 16:00	SOIR 16:00 à 00:00
Médication prn			
Métronidazole 500 mg IV × 1 dose à l'appel	07:00 ML		

Signature complète de l'infirmière et initiales					
Marie Lebrun, inf.	ML				

Notes



Administration par voie intraveineuse d'un médicament au moyen d'un miniperfuseur

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).**
3. **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments (« 7 bons »).**
4. Rassembler tout le matériel nécessaire.
5. **Vérifier la date d'expiration du médicament.**
6. **Vérifier la compatibilité du médicament intraveineux et du soluté en cours.**
7. **Connaître la raison de l'administration du médicament.**
8. **Au besoin, préparer le médicament prescrit.**
9. **Remplir une étiquette d'identification pour la seringue. Apposer l'étiquette sur la seringue.**
10. **Ajointer la seringue contenant le médicament à la tubulure du miniperfuseur et faire le vide d'air.**
11. **Apposer une étiquette d'identification sur la tubulure du miniperfuseur.**
12. **Apporter le médicament au chevet de la personne à l'heure prescrite.**
13. Procéder à l'hygiène des mains.
14. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
15. Expliquer la procédure de soins à la personne.
16. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
17. Assurer le maintien d'un environnement propre.
18. Assurer l'intimité de la personne.
19. Régler la hauteur du lit.
20. **Informer la personne quant à l'importance de bien positionner le membre sur lequel le cathéter est installé.**
21. **Évaluer les connaissances de la personne.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

22. **Fixer le miniperfuseur à la tige à perfusion et y insérer la seringue.**
23. **Désinfecter le site d'injection de la dérivation en Y médiane de la tubulure de perfusion primaire.**
24. **Ajointer la tubulure du miniperfuseur au site d'injection de la dérivation en Y médiane.**
25. **Demander à la personne de signaler toute réaction inhabituelle.**
26. **Programmer le miniperfuseur conformément à l'ordonnance et appuyer sur le bouton « départ ».**
27. **Une fois la perfusion du médicament terminée, fermer le miniperfuseur.**
28. **Rétablir le système de perfusion intraveineuse.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

29. Réinstaller la personne dans le lit.
30. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
31. Procéder à l'hygiène des mains.
32. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
33. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.
34. **Évaluer les réactions de la personne à la thérapie intraveineuse.**
35. **Vérifier le débit de perfusion chaque heure.**
36. **Vérifier la perméabilité du cathéter et examiner le site d'insertion minimalement toutes les huit heures.**

SITUATION CLINIQUE

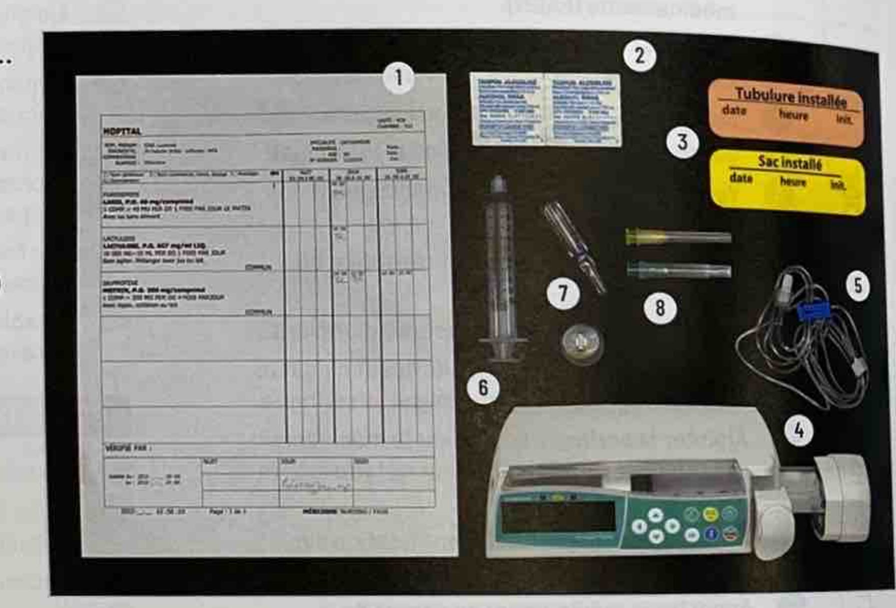
GENEVIÈVE ARCHAMBAULT, 56 ans, a été opérée ce matin pour une résection de tumeur à l'uretère. Elle récupère bien, ne porte plus de sonde urinaire, et le débit de perfusion est à 30 mL/h. Son congé est prévu dans une heure. Avant son départ, elle doit recevoir une dose d'antibiotiques intraveineux.

Notions de base

Certains médicaments intraveineux, comme les antibiotiques, peuvent être administrés au moyen d'une seringue insérée dans un miniperfuseur. Ce dernier permet l'administration d'un médicament concentré sur une durée variant de 5 à 60 minutes, en dérivation sur la perfusion en cours.

Matériel

- Feuille d'administration des médicaments (FADM) ❶
- Tampons d'alcool 70 % ❷
- Étiquettes d'identification autocollantes ❸
- Miniperfuseur ❹ avec tubulure ❺ et seringue ❻
- Médicament en fiole ou en ampoule ❼
- Aiguille pour le prélèvement du médicament ❽



Étapes préexécutoires	Justifications
❶ Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).	
❷ **Vérifier l'ordonnance médicale et la comparer avec la feuille d'administration des médicaments (FADM).**	Car c'est le document légal autorisant l'administration des médicaments par l'infirmière (activité réservée). Cette vérification permet de s'assurer que l'ordonnance est lisible et précise, et qu'elle concorde avec la FADM.

Étapes préexécutoires	Justifications
3 **Appliquer les sept bons principes d'administration des médicaments,** communément appelés les « **7 bons** », pour chaque médicament : 1. le bon médicament ; 2. à la bonne dose ; 3. à la bonne personne ; 4. par la bonne voie d'administration ; 5. au bon moment ; 6. en produisant la bonne documentation (exactitude de l'inscription de l'administration du médicament sur la FADM ou au dossier de la personne) ; 7. en assurant la bonne surveillance des effets attendus et des effets indésirables des médicaments administrés.	Pour assurer une administration sécuritaire et adéquate du médicament.
4 Rassembler tout le matériel nécessaire.	
5 **Vérifier la date d'expiration du médicament.** Ne pas préparer ni administrer un médicament dont la date d'expiration est dépassée.	Car un médicament périmé peut s'avérer instable sur le plan chimique, être inefficace ou ne plus être stérile.
6 **Vérifier la compatibilité du médicament intraveineux et du soluté en cours** en consultant le tableau de compatibilité des molécules et des solutions.	Car un mélange de solutions ou de médicaments incompatibles peut générer des réactions indésirables, voire mortelles.
7 **Connaître la raison de l'administration du médicament.**	Pour assurer les surveillances appropriées à la suite de l'administration du médicament.
8 **Au besoin, préparer le médicament prescrit** à partir d'une fiole ou d'une ampoule, en se basant sur le guide de dilution de son établissement. **N'OUBLIEZ PAS !** Si le médicament à administrer est incompatible avec la solution de perfusion intraveineuse en cours ou avec un médicament déjà ajouté à la solution, il faut installer une deuxième voie intraveineuse.	Car certains milieux de soins font préparer les médicaments en seringue par la pharmacie.
9 **Remplir une étiquette d'identification pour la seringue.** Y inscrire le nom du médicament, la quantité à administrer, la concentration, la date et l'heure de l'administration, ainsi que ses initiales. **Apposer l'étiquette sur la seringue** en évitant de masquer la graduation en mL.	Afin d'éviter les erreurs d'administration de médicament.

Étapes préexécutoires	Justifications
10 **Ajointer la seringue contenant le médicament à la tubulure du miniperfuseur et faire le vide d'air** de la tubulure en appuyant lentement sur le piston de la seringue.	Car il faut éviter la perte accidentelle de médicament.



N'OUBLIEZ PAS 

Il n'est pas recommandé de fermer le presse-tube d'une tubulure pour miniperfuseur, car il risque de pincer la tubulure de manière permanente, ce qui créera une résistance lors de l'administration du médicament et fera sonner le miniperfuseur.

Étapes préexécutoires	Justifications
11 **Apposer une étiquette d'identification sur la tubulure du miniperfuseur.**	Afin de prévoir le changement de la tubulure dans 24 heures.
12 **Apporter le médicament au chevet de la personne à l'heure prescrite** ou, au plus tard, dans les 30 minutes qui précèdent ou qui suivent l'heure prescrite.	Afin de maximiser l'effet thérapeutique.
13 à **19** Effectuer les étapes **D** à **J** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
20 **Informer la personne quant à l'importance de bien positionner le membre sur lequel le cathéter est installé** afin que la vitesse de perfusion soit respectée.	Pour favoriser la collaboration de la personne et inciter celle-ci à signaler tout ralentissement ou arrêt de la perfusion.

N'OUBLIEZ PAS 

En pédiatrie, il peut s'avérer nécessaire d'installer une attelle sous la main ou le bras de l'enfant ayant besoin d'une perfusion, surtout si le cathéter est installé près de l'articulation du poignet ou au pli du coude. Cette précaution assure un écoulement continu de la perfusion et permet à l'infirmière d'observer facilement le site d'insertion du cathéter.

ÉVALUATION 

Étapes	Justifications
21 **Évaluer les connaissances de la personne** concernant son état de santé et les médicaments qu'elle doit recevoir.	Afin de déterminer ses besoins en matière d'enseignement.

Étapes exécutoires	Justifications
22 **Fixer le miniperfuseur à la tige à perfusion et y insérer la seringue** en respectant les recommandations du fabricant.	Car la seringue doit être fixée de manière adéquate au miniperfuseur pour que le mécanisme fonctionne et que le médicament soit administré.
23 **Désinfecter le site d'injection de la dérivation en Y médiane de la tubulure de perfusion primaire** avec un tampon d'alcool 70 %.	Afin d'éviter l'introduction d'agents pathogènes dans la circulation sanguine au moment du branchement de la tubulure du miniperfuseur.
Laisser sécher au moins 30 secondes.	Ce délai permet à l'alcool de produire son effet aseptisant.
24 **Ajointer la tubulure du miniperfuseur au site d'injection de la dérivation en Y médiane.** Tubulure du miniperfuseur Perfusion primaire (branchée à la tubulure de rallonge qui est ajointée au cathéter intraveineux) Dérivation en Y médiane de la tubulure de perfusion primaire © sophiejacopin	Car la dérivation en Y proximale doit demeurer accessible en cas d'urgence.
25 **Demander à la personne de signaler toute réaction inhabituelle** au site d'injection (rougeur, sensibilité, démangeaison) pendant la perfusion.	Afin d'intervenir rapidement, au besoin.
26 **Programmer le miniperfuseur conformément à l'ordonnance et appuyer sur le bouton « départ »** de l'appareil. S'assurer visuellement que le miniperfuseur est en fonction (souvent avec de petits clignotants verts).	Le miniperfuseur injectera le médicament de façon constante et régulière.
S'assurer que l'alarme est en fonction.	L'alarme sonnera lorsque l'administration du médicament sera terminée.

N'OUBLIEZ PAS !

Pour certains médicaments, le débit du soluté primaire doit être augmenté pendant toute la durée de l'administration du médicament. Cette mesure prévient l'irritation de la veine pendant la perfusion.

SITUATION CLINIQUE

À peine quelques secondes après avoir démarré le miniperfuseur, l'alarme sonne pour signaler une obstruction. Que faites-vous ?

Étapes exécutoires	Justifications
27 **Une fois la perfusion du médicament terminée, fermer le miniperfuseur.**	Car le dispositif peut demeurer en place jusqu'à la prochaine administration.

Étapes exécutoires	Justifications
28 Rétablir le système de perfusion intraveineuse. a) Si la personne avait une perfusion primaire en cours : régler le débit selon la prescription. b) Si la personne avait un bouchon à injections intermittentes : procéder au désaboutement du soluté primaire et à la fermeture du système d'injection intermittent. Pour ce faire : • Fermer le presse-tube du soluté primaire et le désabouter du bouchon en prenant soin de mettre un bouchon bleu sur la tubulure dans le but de préserver l'asepsie. • Procéder à l'irrigation du bouchon à injections intermittentes selon la technique avec turbulence (par petits coups saccadés) et à la fermeture du système par pression positive.	Afin de poursuivre le traitement intraveineux prescrit pour la personne.

Étapes postexécutoires	Justifications
29 à 33 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	

N'OUBLIEZ PAS



Si la personne a un dosage des ingesta et des excreta, il est important de calculer les quantités de solution intraveineuse reçues et de les inscrire dans la colonne des ingesta. Les irrigations faites avec 3 à 5 mL de solution saline ne sont pas calculées dans le dosage.

ÉVALUATION



34 Évaluer les réactions de la personne à la thérapie intraveineuse. Rechercher la présence de signes de surcharge liquidienne tels que la dyspnée, des crépitants à l'auscultation pulmonaire, la tachycardie ou la tachypnée.	Car une surcharge liquidienne peut ultimement mener à un œdème aigu du poumon (OAP), particulièrement chez la personne atteinte d'insuffisance cardiaque.
35 Vérifier le débit de perfusion chaque heure pour s'assurer que le débit prescrit est respecté.	Car le débit peut changer en cours de perfusion en raison, notamment d'une obstruction partielle du cathéter ou de la tubulure, d'une compression de la tubulure ou d'une mauvaise position du membr

ÉVALUATION



36 Vérifier la perméabilité du cathéter et examiner le site d'insertion minimalement toutes les huit heures, afin de déceler tout signe d'infiltration ou d'infection.	Afin de prévenir les complications les risques de contamination du si intraveineux par prolifération bactérienne.

Étapes postexécutoires	Justifications

ALERTE CLINIQUE

Risque de complications

Si le site d'insertion du cathéter présente des signes d'infection, d'inflammation ou d'infiltration, il faut retirer le cathéter et en installer un nouveau à un autre endroit. La note au dossier doit être précise et décrire exactement l'état du site problématique. Le PTI doit indiquer ce constat, et les directives doivent minimalement comprendre une surveillance toutes les huit heures.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER SUR LA FADM

- L'heure d'administration du médicament.
- Votre signature, votre titre et vos initiales aux endroits appropriés.
- Toute autre indication exigée par l'établissement (p. ex. rature de l'heure une fois le médicament administré).

Extrait de la FADM de madame Geneviève Archambault

Médicaments	NUIT 00:00 à 08:00	JOUR 08:00 à 16:00	SOIR 16:00 à 00:00
Médication prn			
Ampicilline 500 mg IV diluée avec 10 mL d'ESI et administrée en 60 min par miniperfuseur		15:00 AA	

Signature complète de l'infirmière et initiales					
		Annie Allard, CEPI	AA		

Notes



Retrait d'une perfusion et du cathéter intraveineux périphérique

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer le maintien d'un environnement propre.
9. Assurer l'intimité de la personne.
10. Régler la hauteur du lit.

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

11. **Mettre des gants non stériles.**
12. **En présence d'un soluté, fermer le presse-tube régulateur de débit et désabouter la tubulure de perfusion du bouchon à injections intermittentes.**
13. **Retirer le ruban adhésif ainsi que la pellicule transparente adhésive.**
14. **Placer une compresse stérile sur le site d'insertion du cathéter et retirer le cathéter. Vérifier si le cathéter est intact.**
15. **Jeter le cathéter et le système d'injections intermittentes à la poubelle.**
16. **Effectuer une pression sur le site d'insertion avec la compresse, puis fixer la compresse.**
17. **En présence d'un soluté, vider le sac à perfusion, puis le jeter à la poubelle avec la tubulure.**
18. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

19. Réinstaller la personne dans le lit.
20. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
21. Procéder à l'hygiène des mains.
22. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
23. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.
24. **Réévaluer le site d'insertion 15 minutes plus tard.**
25. **Informer la personne qu'elle peut retirer le pansement dans une à deux heures et laver le site intraveineux à l'eau et au savon.**

SITUATION CLINIQUE

GENEVIÈVE ARCHAMBAULT, 56 ans, a été opérée ce matin pour une résection de tumeur à l'uretère. Elle ne porte plus de sonde urinaire et a fait une miction libre. Elle a reçu son enseignement de départ et son dernier antibiotique intraveineux. Vous lui retirez son cathéter intraveineux, puisqu'elle a obtenu son congé.

Notions de base

Le retrait du cathéter intraveineux est justifié lorsqu'il est cessé par le médecin ou que le site d'insertion présente des signes de complication (*voir le tableau en début de section, p. 486*). Au moment du retrait, l'infirmière doit évaluer l'intégrité des tissus entourant le site d'insertion du cathéter afin de déceler tout signe d'infection ou d'induration et en assurer le suivi, le cas échéant.

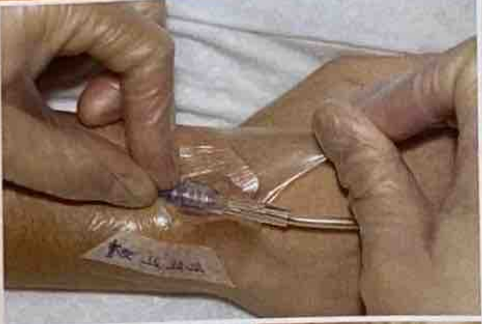
Matériel

- Gants non stériles ❶
- Ruban adhésif hypoallergénique ❷
- Compresse stérile ❸



Étapes préexécutoires	Justifications
❶ à ❿ Effectuer les étapes A à J présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	

Étapes exécutoires	Justifications
11 **Mettre des gants non stériles.**	Afin de se protéger des liquides biologiques de la personne et d'éviter la transmission d'agents pathogènes.
12 **En présence d'un soluté, fermer le presse-tube régulateur de débit et désabouter la tubulure de perfusion du bouchon à injections intermittentes.**	Fermer le presse-tube régulateur de débit prévient l'écoulement libre du soluté lors du retrait de la tubulure.

Étapes exécutoires		Justifications
13 **Retirer le ruban adhésif** qui retient la tubulure de rallonge **ainsi que la pellicule transparente adhésive** qui recouvre le site intraveineux. Stabiliser le cathéter avec la main non dominante. De l'autre main, décoller la pellicule transparente en l'étirant doucement parallèlement à la peau.		Car la stabilisation du cathéter prévient son déplacement accidentel.
14 De la main non dominante, **placer une compresse stérile sur le site d'insertion du cathéter et** effectuer une légère pression. De l'autre main, **retirer le cathéter** en le maintenant parallèle à la peau. **Vérifier si le cathéter est intact.** Dans le cas contraire, aviser le médecin immédiatement.		Afin d'absorber le sang qui s'écoulera au moment du retrait du cathéter.
15 **Jeter le cathéter et le système d'injections intermittentes à la poubelle.**		Pour éviter la propagation d'agents pathogènes.
16 **Effectuer une pression sur le site d'insertion avec la compresse** pendant une à trois minutes, **puis fixer la compresse** au moyen d'un morceau de ruban adhésif. **ALERTE CLINIQUE** **Risque de saignement** Si la personne prend des anticoagulants (héparine, warfarine, rivaroxaban ou autre), la pression doit être maintenue pendant 5 à 10 minutes, afin de permettre une hémostase efficace.		Afin de favoriser l'hémostase et d'éviter un hématome.
17 **En présence d'un soluté, vider le sac à perfusion** dans le lavabo, **puis le jeter à la poubelle avec la tubulure.**		Afin d'en disposer de manière appropriée.
18 **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**		Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
19 à **23** Effectuer les étapes **A** à **E** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
ÉVALUATION **24** **Réévaluer le site d'insertion 15 minutes plus tard.**	Afin de s'assurer qu'il n'y a plus de saignement et de vérifier la présence d'un hématome.

Étapes postexécutoires	Justifications
25 Informer la personne qu'elle peut retirer le pansement dans une à deux heures et laver le site intraveineux à l'eau et au savon.	Afin de favoriser sa collaboration au suivi et à la guérison du site intraveineux.

SITUATION CLINIQUE

Juste avant de quitter le centre hospitalier, madame Archambault vous montre l'ancien site de la perfusion, qui présente un saignement et un léger œdème. Que faites-vous ?

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure du retrait du cathéter intraveineux.
- La raison du retrait du cathéter.
- L'apparence du site d'insertion à la suite du retrait du cathéter.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- Toute réaction anormale ou indésirable survenue à la suite des soins. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Geneviève Archambault **Dossier 235689**

2021-06-20	16:00	Perfusion cessée, CCP retiré. Cathéter et site intacts. Enseignement de départ fait, documents et prescription remis. Comprend les informations et peut me répéter les manifestations cliniques à observer. Prête pour congé.
2021-06-20	16:15	Saignement à l'ancien site IV, compresse ajoutée, pression faite × 5 min. Prête pour congé, avisée d'éviter de forcer avec le bras gauche × 30 min et de mettre compresses froides à la maison PRN. Quitte sur pied, accompagnée de son conjoint, en direction de la maison. Annie Allard, CEPI

Notes



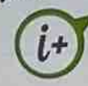
Soins de plaies

RÉDACTION : **Vitalie Perreault**, inf., M. Sc.
RÉVISION SCIENTIFIQUE : **Chantal Labrecque**, inf., M. Sc. inf., Ph. D. (cand.)

EN LIEN avec mes méthodes

Guide d'étude
J'optimise mes apprentissages en effectuant les activités proposées au chapitre 21, p. 86 à 91.

Manuel
Chapitre 21 — Intégrité de la peau et soins de plaies, p. 672



Ressources en ligne
- Vidéo MS 10.4
- Grilles d'observation
- Solutionnaire – Questions liées aux situations cliniques



Évaluation et prévention des risques de formation de lésions de pression

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. Rassembler tout le matériel nécessaire.
4. Procéder à l'hygiène des mains.
5. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
6. Expliquer la procédure de soins à la personne.
7. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
8. Assurer le maintien d'un environnement propre.
9. Assurer l'intimité de la personne.
10. Régler la hauteur du lit.

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

11. **Rechercher la présence de facteurs de risque de formation de lésions de pression.**
12. **Évaluer en priorité les zones anatomiques susceptibles de présenter des points de pression.**
13. **Évaluer la capacité de la personne à se déplacer et à changer de position.**
14. **Évaluer le degré de risque de lésion de pression à l'aide de l'échelle de Braden.**
15. **Mettre des gants non stériles.**
16. **Palper chaque région cutanée présentant une décoloration, une marque quelconque ou un changement de température.**
17. **Retirer les gants et les jeter à la poubelle.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

18. **Comparer le nouveau résultat de l'échelle de Braden avec ceux déjà inscrits au dossier.**
19. Réinstaller la personne dans le lit.
20. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
21. Procéder à l'hygiène des mains.
22. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
23. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.
24. **Aider la personne à changer de position toutes les deux heures.**
25. **Au besoin, utiliser une aide technique de réduction de pression.**
26. **Évaluer le degré de collaboration de la personne et de sa famille à respecter les mesures en place.**
27. **Exercer une surveillance toutes les huit heures de chaque zone présentant une décoloration.**
28. **En présence d'une plaie, surveiller l'apparition de manifestations cliniques d'infection.**

MS 10.1

SITUATION CLINIQUE

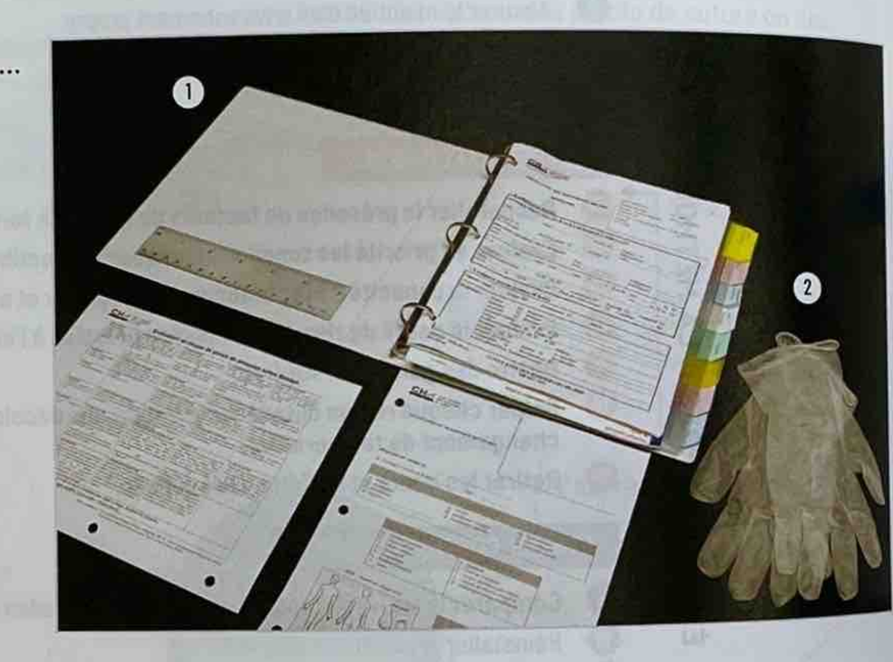
JEAN-PIERRE RIOUX, 72 ans, est diabétique de type 2 depuis plus de 15 ans. Il ne suit pas sa diète diabétique et a un surplus de poids important (IMC = 31,2). Il a subi une résection partielle du côlon ascendant par voie abdominale à la suite de diverticulites récidivantes. Étant donné son poids, il se déplace difficilement et reste le plus souvent couché sur le dos, en position Fowler. Il se lève pour aller s'asseoir dans le fauteuil une seule fois par jour, au dîner.

Notions de base

L'activité réservée de l'infirmière dans le domaine des soins de plaies lui permet de « déterminer le plan de traitement relié aux plaies et aux altérations de la peau et des téguments et [de] prodiguer les soins et les traitements qui s'y rattachent » (Ordre des infirmières et infirmiers du Québec [OIIQ], 2016). Le dépistage précoce des facteurs de risque de formation de lésions de pression de même que l'application des mesures de prévention ou de traitement relèvent aussi de l'infirmière.

Matériel

- Outil d'évaluation des risques de lésions de pression (échelle de Braden) ❶
- Gants non stériles ❷



Étapes préexécutoires	Justifications
❶ à ❿ Effectuer les étapes A à J présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	

Étapes exécutoires	Justifications
 ÉVALUATION **11 Rechercher la présence de facteurs de risque de formation de lésions de pression** chez la personne, notamment : • une paralysie ou une immobilisation causée par des appareils restrictifs (↓ irrigation tissulaire) ; • des troubles circulatoires (↓ irrigation tissulaire) ; • le diabète, des pertes sensorielles, un degré de conscience réduit, une sédation ou une anesthésie (↓ capacité de la personne à ressentir l'inconfort) ; • la présence de friction et de cisaillement (↑ risque de lésion) ; • la présence d'humidité causée par l'incontinence, la transpiration ou l'exsudat de la plaie (↓ résistance tissulaire) ; • la malnutrition (↓ apport en protéines, ↑ temps de cicatrisation) ; • l'anémie (↓ irrigation tissulaire en oxygène, ↑ temps de cicatrisation) ; • une infection (↑ temps de cicatrisation) ; • l'obésité (↓ irrigation tissulaire par la présence de tissu adipeux) ; • la présence de signes d'œdème ou de déshydratation (↓ irrigation tissulaire) ; • l'âge de la personne (↓ irrigation tissulaire) ; • des lésions de pression existantes (↓ mobilisation) ; • la douleur (↓ mobilisation).	Afin de déceler tous les risques associés à des lésions de pression et d'intervenir en fonction de l'évaluation.
ÉVALUATION  **12 Évaluer en priorité les zones anatomiques susceptibles de présenter des points de pression :** • les narines (si présence de lunettes nasales ou d'un tube nasogastrique) ; • la langue et les lèvres (si présence d'un tube endotrachéal) ; • les sites intraveineux (si PICC line ou fixation de tubulures) ; • le thorax et l'abdomen (si présence d'un drain thoracique ou d'une stomie) ; • la voie urinaire (si présence d'une sonde urinaire) ; • le coccyx (si perte de mobilité de la personne) ; • les talons (si perte de mobilité de la personne).	Afin de déceler rapidement les lésions.
  **13 Évaluer la capacité de la personne à se déplacer et à changer de position.**	Afin de déterminer si l'aide d'une autre intervenante est nécessaire pour mobiliser la personne.

Étapes exécutoires	Justifications



ÉVALUATION

14 Évaluer le degré de risque de lésion de pression à l'aide de l'échelle de Braden (*voir l'échelle complète dans le chapitre 21 de* Fondements généraux *[Potter, Perry, Stockert et al., 2022], tableau 21.27*).

Afin d'obtenir une évaluation objective et précise des risques d'apparition de lésions de pression.

Résultat	Degré de risque
De 15 à 18	Risque faible
De 13 à 14	Risque modéré
De 10 à 12	Risque élevé
Inférieur à 9	Risque très élevé

15 Mettre des gants non stériles.

Afin de se protéger de l'exsudat de la plaie, si présent, et d'éviter la transmission d'agents pathogènes.



N'OUBLIEZ PAS

Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.

16 Palper chaque région cutanée présentant une décoloration, une marque quelconque ou un changement de température.



Car ce sont des signes de risque ou de présence d'une lésion de pression.

SITUATION CLINIQUE

Vous remarquez chez monsieur Rioux des zones bien définies d'érythème qui ne blanchissent pas à la palpation.

a) En vous référant au tableau 21.27 dans le chapitre 21 de *Fondements généraux* (Potter *et al.*, 2022), déterminez le stade de développement de ces lésions de pression.

b) Compte tenu des facteurs de risque de monsieur Rioux, quels sont les endroits les plus susceptibles de présenter ces plaies?

17 Retirer les gants et les jeter à la poubelle.

Afin de prévenir la transmission de microorganismes.

Étapes postexécutoires	Justifications
ÉVALUATION	
18 **Comparer le nouveau résultat de l'échelle de Braden avec ceux déjà inscrits au dossier.**	Afin d'évaluer l'efficacité des mesures mises en place.
19 à 23 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
24 **Aider la personne à changer de position toutes les deux heures.** Faire alterner les positions (décubitus dorsal, décubitus latéral, position de Sims, etc.) selon l'état de santé de la personne. Éviter d'installer la personne sur une région présentant une lésion de pression ou qui est à risque de développement d'une lésion.	Afin de favoriser l'irrigation tissulaire des points de pression et de diminuer le risque de formation de lésions de pression.
25 **Au besoin, utiliser une aide technique de réduction de pression** (p. ex. un rouleau, une orthèse de soutien, un coussin de gel).	Afin de favoriser la guérison des plaies ou de les prévenir.
ÉVALUATION	
26 **Évaluer le degré de collaboration de la personne et de sa famille à respecter les mesures en place.** Évaluer également leur compréhension de ces mesures.	Afin de favoriser leur collaboration et de les impliquer dans le processus de prévention ou dans le traitement.
27 **Exercer une surveillance toutes les huit heures de chaque zone présentant une décoloration.**	Afin de déceler rapidement une détérioration.
N'OUBLIEZ PAS Toute zone déterminée à risque doit faire l'objet d'un constat au PTI, et celui-ci doit être accompagné de directives en lien avec la mobilisation, la surveillance et le traitement. Certains professionnels, comme les physiothérapeutes ou les ergothérapeutes, peuvent aussi être sollicités en consultation.	
ÉVALUATION	
28 **En présence d'une plaie, surveiller l'apparition de manifestations cliniques d'infection** (fièvre, frissons, douleur). Le cas échéant, en aviser le médecin et procéder à une culture de plaie selon la politique de l'établissement (*voir la méthode 10.7, à la page 623*).	Car ces manifestations peuvent indiquer une infection de la plaie.



ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- Le résultat de l'évaluation des risques de formation de lésions de pression chez la personne.
- L'apparence de la peau à la suite de l'application d'une pression.
- La position de la personne, les intervalles de changement de position, l'emploi d'une aide technique de réduction de pression ou de toute autre mesure préventive.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- Toute altération de l'intégrité de la peau ou toute modification de son apparence (p. ex. la coloration, une rougeur, une phlyctène, une induration). **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Jean-Pierre Rioux **Dossier 546852**

2021-07-14 08:45 Braden à 15. Érythème c̄ blanchiment à la palpation sacrum + talon droit. Encouragé à favoriser décubitus latéral, se lever plus souvent + marcher dans le corridor. PTI ajusté. PAB avisé de mobiliser fauteuil + marche qid. ———— Marianne Duclos, inf.

Notes



Réfection d'un pansement simple

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. **Vérifier s'il y a une ordonnance précise concernant la réfection du pansement.**
3. **Évaluer le degré de douleur de la personne et administrer au besoin un analgésique 30 minutes avant de commencer les soins.**
4. **Vérifier si la personne présente des allergies aux agents topiques.**
5. Rassembler tout le matériel nécessaire.
6. Procéder à l'hygiène des mains.
7. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
8. Expliquer la procédure de soins à la personne.
9. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
10. Assurer le maintien d'un environnement propre.
11. Assurer l'intimité de la personne.
12. Régler la hauteur du lit.
13. **Évaluer le degré de confort de la personne en position d'accès et sa capacité à garder cette position.**
14. **Découvrir uniquement la région du corps où se trouve la plaie.**
15. **Évaluer les caractéristiques du pansement.**
16. **Demander à la personne de ne pas toucher à la plaie ni au matériel stérile.**
17. **Fixer le sac à déchets avec le ruban adhésif à l'extrémité de la table.**

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

18. **Procéder au retrait du pansement.**
    - 18.1 **Mettre des gants non stériles.**
    - 18.2 **Enlever délicatement la bande adhésive qui maintient le pansement.**
    - 18.3 **Enlever le pansement avec soin, une couche à la fois.**
    - 18.4 **Inspecter le pansement et noter la quantité, la qualité et l'odeur de l'exsudat.**
    - 18.5 **Jeter le pansement et les gants dans le sac à déchets.**
19. **Évaluer l'apparence de la plaie.**
20. **Ouvrir le nécessaire à pansements stérile ou le champ stérile.**
21. **Ouvrir la bouteille de solution antiseptique ou nettoyante.**
22. **Disposer de manière stérile le matériel sur le champ stérile.**
23. **Verser délicatement la solution antiseptique ou nettoyante dans le compartiment principal du plateau.**
24. **Mettre des gants stériles.**
25. **Procéder au nettoyage de la plaie chirurgicale.**
    - 25.1 **Prendre une pince stérile dans chaque main et saisir une compresse imbibée de solution.**
    - 25.2 **Nettoyer la plaie en changeant de compresse à chaque nettoyage.**
26. **Appliquer un pansement simple.**
27. **Retirer les gants et les jeter dans le sac à déchets.**
28. **Fixer le pansement.**
29. **Jeter le sac à déchets dans un sac à déchets biomédicaux.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

30. Réinstaller la personne dans le lit.
31. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
32. Procéder à l'hygiène des mains.
33. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
34. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.
35. **Surveiller l'apparition de manifestations cliniques d'infection.**

SITUATION CLINIQUE

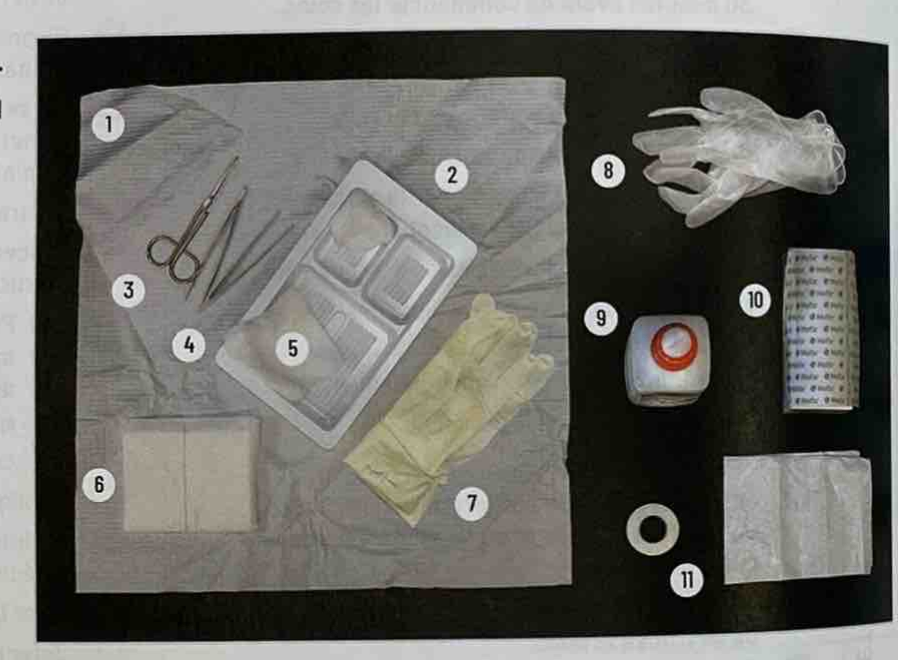
MALKA AZOUVI, 42 ans, a subi hier une appendicectomie. Étant donné le surplus de poids important de madame Azouvi, le chirurgien n'a pu procéder par laparoscopie. Madame Azouvi a donc une plaie abdominale fermée avec des agrafes et recouverte d'un pansement simple. Le pansement est souillé de sang rouge foncé.

Notions de base

Le pansement simple sert principalement à protéger une plaie qui est en voie de guérison ou qui présente un léger exsudat. Le pansement évite que les bords d'une plaie en processus de cicatrisation soient accrochés ou encore que l'exsudat ne tache les vêtements de la personne. Il protège aussi la plaie de toute contamination par des agents pathogènes.

Matériel

- Nécessaire à pansements ou matériel stérile suivant :
  - champ ❶
  - plateau compartimenté ou contenant ❷
  - ciseaux ❸
  - deux pinces ❹
  - compresses ❺, pansements de coussinet absorbants ❻ ou autres types de pansements
- Gants stériles ❼ et gants non stériles ❽
- Solution antiseptique ou nettoyante prescrite ou solution de NaCl 0,9 % ❾
- Matériel pour fixer le pansement (ruban adhésif, bande adhésive extensible de type Hypafix^MD ou Mefix^MD, bandage, etc.) ❿
- Sac à déchets (en plastique, de préférence) et ruban adhésif ⓫



Étapes préexécutoires	Justifications
❶ Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).	
❷ **Vérifier s'il y a une ordonnance précise concernant la réfection du pansement.**	Car les particularités du pansement y seront précisées.

Étapes préexécutoires	Justifications
ÉVALUATION	
3 **Évaluer le degré de douleur de la personne et administrer au besoin un analgésique** conformément à l'ordonnance **30 minutes avant de commencer les soins.**	Car une forte douleur incommodera la personne et nuira à sa collaboration. L'administration d'un analgésique doit se faire assez tôt pour que le pic d'action soit atteint au moment de la procédure.
4 **Vérifier si la personne présente des allergies aux agents topiques.** Le cas échéant, prévoir un équivalent sans allergène.	Afin de favoriser la guérison de la plaie et le confort de la personne.
5 à **12** Effectuer les étapes **C** à **J** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
ÉVALUATION	
13 **Évaluer le degré de confort de la personne en position d'accès** à la région de la plaie **et sa capacité à garder cette position** pendant toute la procédure.	Afin de prévoir de l'aide au besoin.
14 **Découvrir uniquement la région du corps où se trouve la plaie.**	Afin de respecter la pudeur de la personne.
ÉVALUATION	
15 **Évaluer les caractéristiques du pansement** (type, taille, etc.).	Afin de planifier le type de matériel nécessaire et la quantité requise.
16 **Demander à la personne de ne pas toucher à la plaie ni au matériel stérile.** En cas de toux, lui faire porter un masque. **N'OUBLIEZ PAS !** Il est essentiel de nettoyer efficacement la surface de travail avec une lingette désinfectante avant de procéder aux soins de plaies afin d'éviter tout risque de transmission d'agents pathogènes par le champ stérile.	Afin d'éviter la contamination de la plaie et du matériel stérile.
17 **Fixer le sac à déchets avec le ruban adhésif à l'extrémité de la table** qui sera placée entre la personne et le champ stérile. S'assurer d'avoir un accès au sac sans risque de contaminer le matériel stérile. **ALERTE CLINIQUE** **Risque de contamination** Afin de réduire les risques de contamination, il ne faut pas ouvrir le matériel stérile avant d'avoir retiré et jeté le pansement souillé.	Afin d'éviter de passer au-dessus du champ stérile pour jeter le matériel souillé.

MS 10.2

Étapes exécutoires	Justifications
18 **Procéder au retrait du pansement** en suivant les étapes ci-après.	
18.1 Mettre des gants non stériles.	Pour se protéger de l'exsudat de la plaie et éviter la transmission d'agents pathogènes.
N'OUBLIEZ PAS  Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.	
18.2 Enlever délicatement la bande adhésive qui maintient le pansement en la tirant parallèlement à la peau, de la personne vers la plaie (en direction du pansement). 	Afin de réduire la tension exercée sur la suture ou sur les bords de la plaie et de moins incommoder la personne.
18.3 Enlever le pansement avec soin, une couche à la fois.	Afin de visualiser le matériel utilisé et les caractéristiques de l'exsudat, en plus d'atténuer la douleur pour la personne.
Si le pansement adhère à la plaie, l'imprégner de solution de NaCl 0,9 % et le laisser s'imbiber quelques minutes avant de le retirer.	Car cela facilite son retrait et évite d'abîmer les tissus sous-jacents, ce qui retarderait le processus de cicatrisation.
ALERTE CLINIQUE **Temps maximal d'imbibition** Lorsqu'il faut imbiber un pansement de NaCl 0,9 % pour faciliter son retrait, le temps d'imbibition ne doit jamais dépasser 15 minutes afin d'éviter la macération de la peau sous le pansement mouillé.	
ÉVALUATION  **18.4 Inspecter le pansement et noter la quantité, la qualité et l'odeur de l'exsudat.**	Afin d'évaluer la nature de l'exsudat.
18.5 Jeter le pansement et les gants dans le sac à déchets.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
ÉVALUATION  **19** **Évaluer l'apparence de la plaie** et noter la présence de signes d'inflammation ou d'infection.	Afin d'évaluer le processus de cicatrisation.
N'OUBLIEZ PAS  L'évaluation d'une plaie se fait à l'aide de l'outil mnémonique MEASERB : les mesures, l'exsudat, l'apparence du lit de la plaie, la douleur (souffrance), la présence d'espaces pathologiques, la fréquence d'évaluation (réévaluer), ainsi que l'état des bords de la plaie et de la peau environnante (Labrecque et Gilbert, 2020).	

Étapes exécutoires	Justifications
20 Ouvrir le nécessaire à pansements stérile ou le champ stérile (*voir la méthode 1.3, à la page 18*). Ajouter sur le champ stérile le matériel manquant selon le type de plaie, la quantité d'exsudat et le nettoyage. Attention à ne pas contaminer le champ stérile en y déposant le matériel.  **N'OUBLIEZ PAS**  Il importe de déposer dans le compartiment suffisamment de compresses pour pouvoir bien nettoyer toute la surface de la plaie. Comme chaque nettoyage est effectué avec une compresse différente, il faut en prévoir un nombre suffisant.	Afin d'avoir une surface de travail stérile où disposer le matériel stérile.
21 Ouvrir la bouteille de solution antiseptique ou nettoyante. **N'OUBLIEZ PAS**  Si la solution nettoyante utilisée est du NaCl 0,9 % ou de l'eau stérile, il faut indiquer la date et l'heure sur la bouteille, car ce type de solution est considéré comme stérile seulement pendant les 24 heures suivant son ouverture.	Afin qu'elle soit prête pour verser la solution dans le compartiment une fois le champ stérile préparé.
22 Disposer de manière stérile le matériel sur le champ stérile. Si le nécessaire à pansements contient une pince, utiliser celle-ci pour disposer le matériel sur le champ. Si le nécessaire à pansements ne contient aucune pince, mettre un premier gant stérile à la main dominante, puis disposer le matériel sur le champ.  Placer le matériel de façon à ne pas le mouiller au moment de verser la solution sur les compresses.	Afin de libérer le compartiment où sera versée la solution.
23 Verser délicatement la solution antiseptique ou nettoyante dans le compartiment principal du plateau. Si l'étape 22 a été effectuée avec le port d'un premier gant stérile, utiliser la main non gantée pour prendre la bouteille de solution.	Car si des éclaboussures de solution sont projetées sur le champ stérile (même plastifié), les agents pathogènes présents sur la table pourraient traverser le champ et contaminer le matériel.
24 Mettre des gants stériles. Si un premier gant stérile a été mis à l'étape 22, mettre l'autre gant stérile.	Afin de pouvoir procéder au nettoyage de manière stérile.

Étapes exécutoires	Justifications

N'OUBLIEZ PAS 

Les gants stériles mouillés peuvent laisser passer des microorganismes, des mains vers l'extérieur des gants. Il est donc recommandé d'utiliser les pinces pour manipuler les compresses imbibées de solution antiseptique ou nettoyante.

25 **Procéder au nettoyage de la plaie chirurgicale** en suivant les étapes ci-après.

Étapes exécutoires		Justifications
25.1 Prendre une pince stérile dans chaque main et saisir une compresse imbibée de solution, la tordre et la prendre aux quatre coins pour en faire un baluchon.		Afin de manipuler les compresses sans les contaminer.
25.2 Nettoyer la plaie en changeant de compresse à chaque nettoyage et en veillant à couvrir toute la surface qui sera recouverte par le pansement.		Afin de ne pas contaminer une partie de la plaie avec les souillures présentes sur la compresse utilisée.

N'OUBLIEZ PAS 

Il faut toujours nettoyer la plaie en allant de la région la moins contaminée vers la région la plus contaminée, c'est-à-dire du centre de la plaie vers les zones périphériques de celle-ci.

Étapes exécutoires		Justifications
25.2.1 Nettoyer la ligne d'incision, du haut vers le bas.		
25.2.2 Nettoyer la partie latérale supérieure, du centre vers l'extérieur, en allant du haut vers le bas de la plaie.		

Étapes exécutoires	Justifications
25.2.3 Nettoyer la partie latérale inférieure, du centre vers l'extérieur, en allant du haut vers le bas de la plaie. 	
25.2.4 Répéter le nettoyage autant de fois qu'il le faut pour que la plaie soit exempte de croûtes ou d'exsudat.	



N'OUBLIEZ PAS

Advenant qu'une compresse ne soit pas suffisamment essorée et que la solution s'écoule sur une partie déjà nettoyée, il faut recommencer la procédure du début.

SITUATION CLINIQUE

Étant donné la quantité importante de sang séché autour de la plaie, vous avez épuisé toutes les compresses disponibles dans le nécessaire à pansements. Il vous manque des compresses pour poursuivre le nettoyage et couvrir toute la surface qui sera recouverte par le pansement. Que faites-vous ?

Étapes exécutoires	Justifications
26 **Appliquer un pansement simple** en procédant comme suit. • Recouvrir la plaie d'une ou de plusieurs compresses stériles, selon le cas. • Appliquer un coussinet au besoin. 	Afin de protéger la plaie des agents pathogènes et d'absorber l'exsudat.
27 **Retirer les gants et les jeter dans le sac à déchets.**	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
28 **Fixer le pansement** en appliquant une bande adhésive extensible sur les compresses. S'assurer que la bande adhésive recouvre entièrement les compresses et dépasse leur pourtour d'au moins 2 cm.  	Afin de prévenir toute infiltration de microorganismes sous le pansement.

Étapes exécutoires	Justifications
29 **Jeter le sac à déchets dans un sac à déchets biomédicaux.**	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
30 à 34 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	



ÉVALUATION

35 **Surveiller l'apparition de manifestations cliniques d'infection** (fièvre, frissons, douleur). Le cas échéant, en aviser le médecin et procéder à une culture de plaie selon la politique de l'établissement (*voir la méthode 10.7, à la page 623*).	Car ces manifestations peuvent indiquer une infection de la plaie.

ALERTE CLINIQUE

Signes et symptômes à signaler

Il faut aviser le médecin traitant ou l'infirmière responsable de la personne s'il y a œdème, rougeur, chaleur, douleur, exsudat purulent ou nauséabond, saignement anormal, modification de l'apparence de la plaie ou nécrose à la plaie ou dans la région de la plaie.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La quantité et les caractéristiques de l'exsudat qu'a absorbé le pansement souillé.
- L'apparence de la plaie.
- Le type et la quantité de pansements utilisés.
- La réaction (tolérance, douleur) de la personne et sa collaboration.
- Tout saignement rouge vif intense ou tout signe de déhiscence ou d'éviscération de la plaie. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Malka Azouvi — **Dossier 827139**

2021-07-14 10:00 Pansement souillé 75 % sang rouge foncé. Plaie abdo ± 12 cm fermée c̄ 12 agrafes, bords bien accolés, croûtes de sang séché, Ø exsudat actif ni rougeur. Peau autour des agrafes œdématiée. Nettoyée c̄ NS. Ø douleur. Exsudat sanguin minime postnettoyage entre 6e et 7e agrafes. Pansement simple fait c̄ 2 compresses 4 × 8, et Hypafix. Procédure bien tolérée. Marie Joseph, inf.



Réfection d'un pansement humide

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. **Vérifier s'il y a une ordonnance précise concernant la réfection du pansement.**
3. **Évaluer le degré de douleur de la personne et administrer au besoin un analgésique 30 minutes avant de commencer les soins.**
4. **Vérifier si la personne présente des allergies aux agents topiques.**
5. Rassembler tout le matériel nécessaire.
6. Procéder à l'hygiène des mains.
7. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
8. Expliquer la procédure de soins à la personne.
9. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
10. Assurer le maintien d'un environnement propre.
11. Assurer l'intimité de la personne.
12. Régler la hauteur du lit.
13. **Évaluer le degré de confort de la personne en position d'accès et sa capacité à garder cette position.**
14. **Découvrir uniquement la région du corps où se trouve la plaie.**
15. **Évaluer les caractéristiques du pansement.**
16. **Demander à la personne de ne pas toucher à la plaie ni au matériel stérile.**
17. **Fixer le sac à déchets avec le ruban adhésif à l'extrémité de la table.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

18. **Procéder au retrait du pansement.**
    - 18.1 **Mettre des gants non stériles.**
    - 18.2 **Enlever délicatement la bande adhésive du pansement secondaire.**
    - 18.3 **Enlever le pansement secondaire avec soin et terminer avec le retrait du pansement primaire.**
    - 18.4 **Inspecter le pansement et noter la quantité, la qualité et l'odeur de l'exsudat.**
    - 18.5 **Jeter le pansement et les gants dans le sac à déchets.**
19. **Évaluer l'apparence de la plaie.**
20. **Placer un piqué sur le lit du côté où s'effectuera le nettoyage de la plaie. Placer un haricot sous la plaie.**
21. **Ouvrir le nécessaire à pansements stérile ou le champ stérile.**
22. **Ouvrir la bouteille de solution antiseptique ou nettoyante ainsi que le tube d'hydrogel.**
23. **Disposer de manière stérile le matériel sur le champ stérile.**
24. **Verser délicatement la solution antiseptique ou nettoyante dans le compartiment principal du plateau. Faire de même avec le tube d'hydrogel dans l'un des petits compartiments.**
25. **Mettre des gants stériles.**
26. **Préparer le matériel stérile nécessaire pour le nettoyage.**
27. **Procéder au nettoyage de la plaie ouverte.**
    - 27.1 **Effectuer l'irrigation de la plaie.**
    - 27.2 **Nettoyer les bords de la plaie en changeant de compresse à chaque nettoyage.**
28. **Procéder à la mesure de la profondeur de la plaie.**
    - 28.1 **Insérer délicatement une tige montée jusqu'au fond de la plaie.**
    - 28.2 **Descendre ses doigts le long de la tige.**
    - 28.3 **Retirer doucement la tige de la plaie et prendre la mesure (en cm) du bout de la tige jusqu'au bout de ses doigts.**
29. **Procéder à la mesure d'une plaie avec présence d'espace pathologique.**
    - 29.1 **Déterminer l'orientation du sinus.**
    - 29.2 **Déterminer la profondeur du sinus.**
30. **Appliquer un pansement primaire humide.**
    - 30.1 **Prendre une compresse, la déplier complètement et l'imbiber d'hydrogel.**
    - 30.2 **Chiffonner grossièrement la compresse et la déposer au fond de la plaie.**

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

Réfection d'un pansement humide (*suite*)

31 **Appliquer le pansement secondaire.**

32 **Retirer les gants et les jeter dans le sac à déchets.**

33 **Jeter le sac à déchets dans un sac à déchets biomédicaux.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

34 Réinstaller la personne dans le lit.

35 Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.

36 Procéder à l'hygiène des mains.

37 Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.

38 Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

39 **Surveiller l'apparition de manifestations cliniques d'infection.**

SITUATION CLINIQUE

MARIA TAMAYO, 78 ans, a une plaie ouverte d'origine traumatique (abrasion) qui guérit bien à la malléole externe gauche. Le pansement humide en place doit être refait ce matin.

Notions de base

Le pansement humide s'applique sur une plaie ouverte ne présentant aucun exsudat, ou une très petite quantité de celui-ci, afin de maintenir un degré d'humidité thérapeutique. L'objectif est de conserver un environnement humide en tout temps en comblant l'espace de manière appropriée afin de favoriser la guérison en stimulant la granulation. Le pansement humide doit être recouvert d'un autre pansement, appelé pansement secondaire.

Il faut procéder au nettoyage de la plaie afin de retirer les tissus nécrotiques, les déchets métaboliques et les agents topiques qui y seraient présents et, au besoin, de diminuer la charge bactérienne de la plaie. Le meilleur moyen de nettoyer une plaie ouverte est de procéder par irrigation, à l'aide d'une seringue munie d'un cathéter intraveineux ou spécifique. Pendant l'irrigation, il faut générer une pression assez forte pour pouvoir déloger les tissus nécrotiques et les bactéries, sans toutefois endommager les tissus de granulation, ce qui aurait pour effet de retarder le processus de guérison. Il est donc recommandé de respecter les calibres proposés dans la liste du matériel et de maintenir une distance de 10 à 15 cm entre l'extrémité du cathéter et le fond de la plaie. Les solutions utilisées doivent être conservées à la température ambiante, car l'emploi d'une solution froide ralentit le processus de cicatrisation.

Matériel



- Nécessaire à pansements ou matériel stérile suivant :
  - champ ❶
  - plateau compartimenté ou deux contenants ❷
  - ciseaux ❸
  - deux pinces ❹
  - compresses ❺
- Cathéter intraveineux ou spécifique ou aiguille de calibre 20 ❻
- Seringue 30 mL ❼
- Tiges montées stériles ❽
- Gants stériles ❾ et gants non stériles ⓭
- Règle en carton jetable ❿
- Haricot ⓫
- Piqué jetable ou en tissu ⓬
- Pansement secondaire, par exemple un pansement absorbant à bordure adhésive (p. ex. Alldress^{MD}, Mepore^{MD}, Telfa^{MD} Plus) ou un pansement non adhérent non imprégné (p. ex. Leukomed^{MD}, Melolite^{MD}, Telfa^{MD}) ⓮
- Solution antiseptique ou nettoyante prescrite ou solution de NaCl 0,9 % ⓯
- Protecteur cutané (p. ex. 3M^{MD} Cavilon^{MD}, AllKare^{MD}, No-Sting Skin-Prep^{MD}) et abaisse-langue, au besoin ⓰
- Sac à déchets (en plastique, de préférence) et ruban adhésif ⓱
- Tube d'hydrogel (p. ex. DuoDERM^{MD}, Intrasite Gel^{MD}, Nu-Gel^{MD} ou Purilon^{MD}) ⓲

Étapes préexécutoires	Justifications
1 Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).	
2 **Vérifier s'il y a une ordonnance précise concernant la réfection du pansement.**	Car les particularités du pansement y seront précisées.
ÉVALUATION	
3 **Évaluer le degré de douleur de la personne et administrer au besoin un analgésique** conformément à l'ordonnance **30 minutes avant de commencer les soins.**	Car une forte douleur incommodera la personne et nuira à sa collaboration. L'administration d'un analgésique doit se faire assez tôt pour que le pic d'action soit atteint au moment de la procédure.
4 **Vérifier si la personne présente des allergies aux agents topiques.** Le cas échéant, prévoir un équivalent sans allergène.	Afin de favoriser la guérison de la plaie et le confort de la personne.

Étapes préexécutoires	Justifications
5 à **12** Effectuer les étapes **C** à **J** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
ÉVALUATION  **13** **Évaluer le degré de confort de la personne en position d'accès** à la région de la plaie **et sa capacité à garder cette position** pendant toute la procédure.	Afin de prévoir de l'aide au besoin.
14 **Découvrir uniquement la région du corps où se trouve la plaie.**	Afin de respecter la pudeur de la personne.
ÉVALUATION **15** **Évaluer les caractéristiques du pansement** (type, taille, etc.).	Afin de planifier le type de matériel nécessaire et la quantité requise.
16 **Demander à la personne de ne pas toucher à la plaie ni au matériel stérile.** En cas de toux, lui faire porter un masque. **N'OUBLIEZ PAS** Il est essentiel de nettoyer efficacement la surface de travail avec une lingette désinfectante avant de procéder aux soins de plaies afin d'éviter tout risque de transmission d'agents pathogènes par le champ stérile.	Afin d'éviter la contamination de la plaie et du matériel stérile.
17 **Fixer le sac à déchets avec le ruban adhésif à l'extrémité de la table** qui sera placée entre la personne et le champ stérile. S'assurer d'avoir un accès au sac sans risque de contaminer le matériel stérile. **ALERTE CLINIQUE** **Risque de contamination** Afin de réduire les risques de contamination, il ne faut pas ouvrir le matériel stérile avant d'avoir retiré et jeté le pansement souillé.	Afin d'éviter de passer au-dessus du champ stérile pour jeter le matériel souillé.

Étapes exécutoires	Justifications
18 **Procéder au retrait du pansement** en suivant les étapes ci-après.	
18.1 **Mettre des gants non stériles.** **N'OUBLIEZ PAS**  Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.	Pour se protéger de l'exsudat de la plaie et éviter la transmission d'agents pathogènes.

Étapes exécutoires		Justifications
18.2 Enlever délicatement la bande adhésive du pansement secondaire en la tirant parallèlement à la peau, de la personne vers la plaie (en direction du pansement).		Afin de réduire la tension exercée sur les bords de la plaie et le pansement primaire, et de moins incommoder la personne.
18.3 Enlever le pansement secondaire avec soin et terminer avec le retrait du pansement primaire, en utilisant une pince au besoin.		Afin de visualiser le matériel utilisé et les caractéristiques de l'exsudat, en plus d'atténuer la douleur pour la personne.
Si le pansement primaire adhère à la plaie, l'imprégner de solution de NaCl 0,9 % et le laisser s'imbiber quelques minutes avant de le retirer.		Cela facilite son retrait et évite d'abîmer les tissus sous-jacents, ce qui retarderait le processus de cicatrisation.



Temps maximal d'imbibition

Lorsqu'il faut imbiber un pansement de NaCl 0,9 % pour faciliter son retrait, le temps d'imbibition ne doit jamais dépasser 15 minutes afin d'éviter la macération de la peau sous le pansement mouillé.

SITUATION CLINIQUE

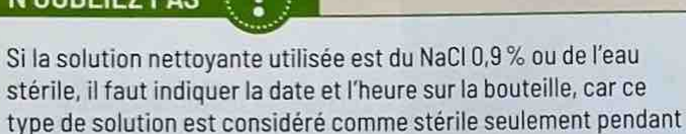
Lors du retrait du pansement, vous remarquez que la compresse humide est devenue sèche et qu'elle adhère complètement à la plaie. Vous réussissez à la décoller après l'avoir imbibée d'une solution de NaCl 0,9 % pendant quelques minutes. En vérifiant les notes d'évolution, vous constatez que la situation était identique lors des trois derniers changements de pansement. Que pouvez-vous conclure ?

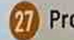
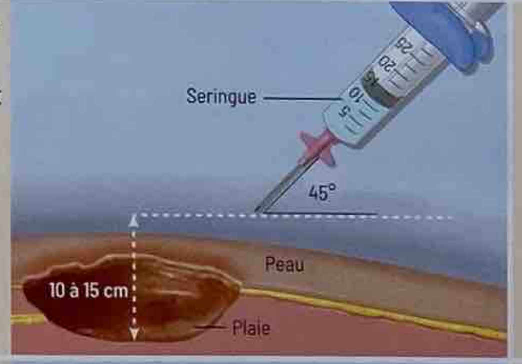
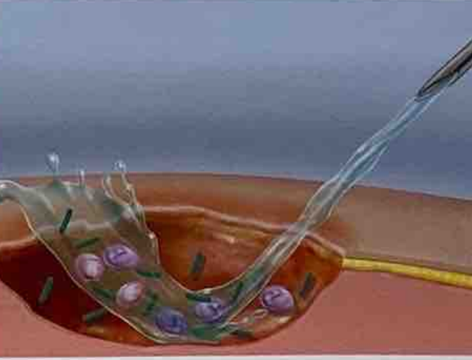
ÉVALUATION 

18.4 Inspecter le pansement et noter la quantité, la qualité et l'odeur de l'exsudat.	Afin d'évaluer la nature de l'exsudat.
18.5 Jeter le pansement et les gants dans le sac à déchets.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.

ÉVALUATION 

19 **Évaluer l'apparence de la plaie** et noter la présence de signes d'inflammation ou d'infection.	Afin d'évaluer le processus de cicatrisation.
20 **Placer un piqué sur le lit du côté où s'effectuera le nettoyage de la plaie.**	Afin d'éviter de souiller la literie.
Placer un haricot sous la plaie et demander à la personne de le tenir. Si elle en est incapable, déposer le haricot sur le lit et installer la personne en décubitus latéral le plus près possible du haricot.	Afin que le haricot recueille le liquide de retour de l'irrigation de la plaie.

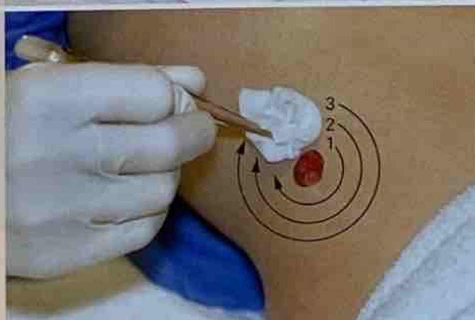
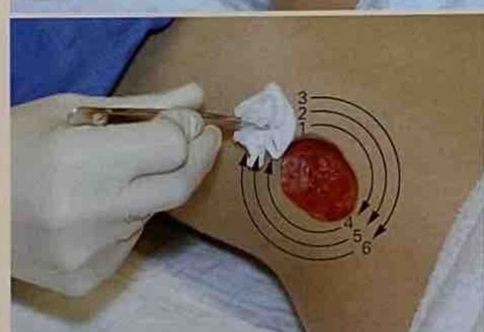
Étapes exécutoires	Justifications
21 **Ouvrir le nécessaire à pansements stérile ou le champ stérile** (*voir la méthode 1.3, à la page 18*). Ajouter sur le champ stérile le matériel manquant selon le type de plaie, la quantité d'exsudat et le nettoyage. Attention à ne pas contaminer le champ stérile en y déposant le matériel. 	Afin d'avoir une surface de travail stérile où disposer le matériel stérile.
22 **Ouvrir la bouteille de solution antiseptique ou nettoyante ainsi que le tube d'hydrogel.**  **N'OUBLIEZ PAS !** Si la solution nettoyante utilisée est du NaCl 0,9 % ou de l'eau stérile, il faut indiquer la date et l'heure sur la bouteille, car ce type de solution est considéré comme stérile seulement pendant les 24 heures suivant son ouverture.	Afin que tout soit prêt pour verser la solution dans le compartiment une fois le champ stérile préparé.
23 **Disposer de manière stérile le matériel sur le champ stérile.** Si le nécessaire à pansements contient une pince, utiliser celle-ci pour disposer le matériel sur le champ. Si le nécessaire à pansements ne contient aucune pince, mettre un premier gant stérile à la main dominante, puis disposer le matériel sur le champ.  Placer le matériel de façon à ne pas le mouiller au moment de verser la solution sur les compresses.	Afin de libérer les compartiments pour la solution et l'hydrogel.
24 **Verser délicatement la solution antiseptique ou nettoyante dans le compartiment principal du plateau. Faire de même avec le tube d'hydrogel dans l'un des petits compartiments.** Si l'étape 23 a été effectuée avec le port d'un premier gant stérile, utiliser la main non gantée pour prendre la bouteille de solution et le tube d'hydrogel. **N'OUBLIEZ PAS**  Il est possible que les plaies ouvertes nécessitent une solution antiseptique et une solution nettoyante. Comme les deux sont incolores, il est recommandé de verser la solution antiseptique dans le petit compartiment du plateau et la solution nettoyante dans le plus grand.	Car si des éclaboussures de solution sont projetées sur le champ stérile (même plastifié), les agents pathogènes présents sur la table pourraient traverser le champ et contaminer le matériel.

Étapes exécutoires	Justifications
 **Mettre des gants stériles.** Si un premier gant stérile a été mis à l'étape 23, mettre l'autre gant stérile.	Afin de pouvoir procéder au nettoyage de manière stérile.
  **N'OUBLIEZ PAS** Les gants stériles mouillés peuvent laisser passer des micro-organismes, des mains vers l'extérieur des gants. Il est donc recommandé d'utiliser les pinces pour manipuler les compresses imbibées de solution antiseptique ou nettoyante.	
26 **Préparer le matériel stérile nécessaire pour le nettoyage** en procédant comme suit. • Enlever le capuchon du cathéter intraveineux ou spécifique. • Retirer l'aiguille du cathéter. • Remettre le capuchon sur l'aiguille. 	Afin de prévenir les piqûres accidentelles.
 **Procéder au nettoyage de la plaie ouverte** en suivant les étapes ci-après.	
27.1 **Effectuer l'irrigation de la plaie.**	
27.1.1 Aspirer la solution d'irrigation avec la seringue.	Car il est plus facile de remplir une seringue seule, sans cathéter ajointé.
27.1.2 Ajointer le cathéter à la seringue.	Afin de préparer la seringue pour procéder à l'irrigation.
27.1.3 Tenir le bout du cathéter de 10 à 15 cm au-dessus de la plaie en maintenant un angle d'environ 45°.  	Afin d'obtenir la pression adéquate.
27.1.4 Exercer une pression lente et régulière sur le piston de la seringue et diriger la solution sur la plaie de haut en bas en traçant des Z. Éviter de diriger le jet à l'extérieur de la plaie. 	Afin d'assurer le nettoyage complet de la plaie et de faciliter l'écoulement de la solution par gravité dans le haricot.

Étapes exécutoires	Justifications
27.1.5 Irriguer la plaie jusqu'à ce que la solution recueillie dans le haricot soit claire et que la plaie soit nettoyée complètement ou selon l'ordonnance.	La clarté de la solution de retour indique que la plaie est nettoyée.
27.2 Nettoyer les bords de la plaie en changeant de compresse à chaque nettoyage et en veillant à couvrir toute la surface qui sera recouverte par le pansement secondaire.	Afin de ne pas contaminer une partie de la surface avec les souillures présentes sur la compresse utilisée.

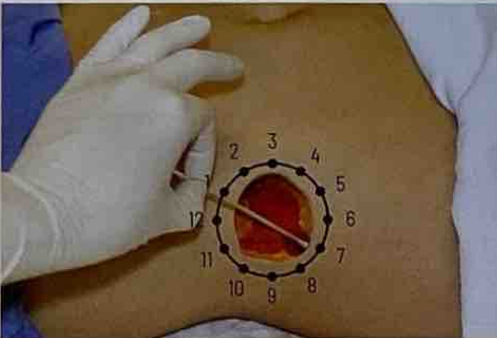
N'OUBLIEZ PAS 

Il faut toujours nettoyer la plaie en allant de la région la moins contaminée vers la région la plus contaminée, c'est-à-dire du centre de la plaie vers les zones périphériques de celle-ci.

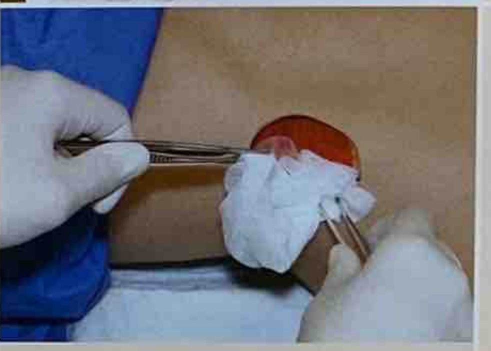
Étapes exécutoires		Justifications
27.2.1 Prendre une pince stérile dans chaque main et saisir une compresse imbibée de solution, la tordre et la prendre aux quatre coins pour en faire un baluchon.		Afin de manipuler les compresses sans les contaminer.
27.2.2 Nettoyer les bords de la plaie. a) Petite plaie : Nettoyer le pourtour de la plaie dans un mouvement circulaire, en allant du bord de la plaie vers la périphérie.		
b) Grande plaie : Nettoyer un côté de la plaie en effectuant un demi-cercle et en suivant le pourtour de la plaie, du bord vers la périphérie. Répéter le nettoyage de l'autre côté.		

N'OUBLIEZ PAS 

Advenant qu'une compresse ne soit pas suffisamment essorée et que la solution s'écoule sur une partie déjà nettoyée, il faut recommencer la procédure du début.

Étapes exécutoires	Justifications
28 **Procéder à la mesure de la profondeur de la plaie** en suivant les étapes ci-après.	Car les mesures précises de la plaie doivent être prises en début de traitement et régulièrement par la suite afin de documenter son évolution.
28.1 **Insérer délicatement une tige montée jusqu'au fond de la plaie.** Si le lit de la plaie n'est pas uniforme, déplacer le bout de la tige à l'endroit le plus profond. 	
28.2 **Descendre ses doigts le long de la tige** afin qu'ils atteignent le niveau du bord de la plaie. 	Car le bord de la plaie correspond au début de la mesure de sa profondeur.
28.3 **Retirer doucement la tige de la plaie** en prenant soin de ne pas déplacer vos doigts **et prendre la mesure (en cm) du bout de la tige jusqu'au bout de ses doigts.** Le résultat correspond à la profondeur de la plaie. 	Afin de ne pas fausser la valeur obtenue.
29 **Procéder à la mesure d'une plaie avec présence d'espace pathologique** (le cas échéant) en suivant les étapes ci-après.	Car les mesures précises des composantes de la plaie doivent être prises en début de traitement et régulièrement par la suite afin de documenter son évolution.
29.1 **Déterminer l'orientation du sinus** en procédant comme suit. • Insérer délicatement la tige montée jusqu'à l'endroit le plus profond du sinus. • Imaginer une horloge dont la grande aiguille (12 h) pointe vers la tête de la personne. • Observer la direction prise par la tige à l'endroit le plus profond, en l'imaginant être la petite aiguille de l'horloge. Dans l'exemple, le sinus pointe à 7 h. 	

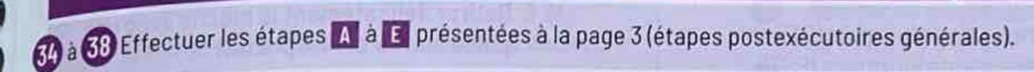
MS 10.3

Étapes exécutoires	Justifications
29.2 Déterminer la profondeur du sinus en procédant comme suit. • Sans bouger la tige, descendre ses doigts jusqu'au niveau du bord de la plaie. • Retirer doucement la tige du sinus en prenant soin de ne pas déplacer ses doigts. • Prendre la mesure du bout de la tige jusqu'au bout de ses doigts. Le résultat correspond à la profondeur du sinus. 	
30 Appliquer un pansement primaire humide en suivant les étapes ci-après.	
30.1 Prendre une compresse, la déplier complètement afin qu'il ne reste qu'une seule épaisseur **et l'imbiber d'hydrogel,** en utilisant les pinces stériles. Essorer la compresse au besoin. 	Car plus la compresse est mince, plus elle permet l'écoulement de l'exsudat vers la couche externe du pansement.
30.2 Chiffonner grossièrement la compresse et la déposer au fond de la plaie en évitant de la compacter et de toucher les bords de la plaie. Au besoin, appliquer un protecteur cutané au pourtour de la plaie au moyen d'une tige montée ou d'un abaisse-langue. 	Car l'hydrogel doit être en contact direct avec le lit de la plaie afin d'y conserver un bon degré d'humidité. La présence d'hydrogel ou d'exsudat sur les bords de la plaie favorise leur macération.
31 Appliquer le pansement secondaire. Recouvrir le pansement primaire avec un pansement de type mousse hydrocellulaire avec bordures adhésives. 	Car ces pansements absorbent l'exsudat sans absorber l'hydrogel.

N'OUBLIEZ PAS !

Le choix du format du pansement avec mousse hydrocellulaire doit se faire en fonction de la quantité d'exsudat et de la taille de la plaie.

Étapes exécutoires	Justifications
32 **Retirer les gants et les jeter dans le sac à déchets.**	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
33 **Jeter le sac à déchets dans un sac à déchets biomédicaux.**	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
 34 à 38 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	

ÉVALUATION



39 **Surveiller l'apparition de manifestations cliniques d'infection** (fièvre, frissons, douleur). Le cas échéant, en aviser le médecin et procéder à une culture de plaie selon la politique de l'établissement (*voir la méthode 10.7, à la page 623*).	Car ces manifestations peuvent indiquer une infection de la plaie.



ALERTE CLINIQUE

Signes et symptômes à signaler

Il faut aviser le médecin traitant ou l'infirmière responsable de la personne s'il y a œdème, rougeur, chaleur, douleur, exsudat purulent ou nauséabond, saignement anormal, modification de l'apparence de la plaie ou nécrose à la plaie ou dans la région de la plaie.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

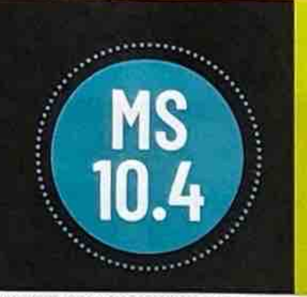
- La quantité et les caractéristiques de l'exsudat qu'a absorbé le pansement souillé.
- L'apparence de la plaie.
- Les types de pansements utilisés.
- Le type de solution utilisée et la quantité.
- La réaction (tolérance, douleur) de la personne et sa collaboration.
- Tout saignement rouge vif intense ou tout signe de déhiscence ou d'éviscération de la plaie. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Maria Tamayo **Dossier 197355**

2021-07-14 10:00 Pansement malléole externe G souillé à 50 % de liquide séreux, retiré. Plaie ± 2 cm de diamètre et 0,5 cm de profondeur. Présence de tissu de granulation 80 % et de nécrose humide 20 %. Bords de la plaie intacts. Irriguée c̄ NS ad retour de liquide clair. Léger inconfort pendant le nettoyage. Pansement humide avec hydrogel. Fermé c̄ pansement mousse hydrocellulaire. Procédure bien tolérée. PTI ajusté.

Grace Massarotti, inf.



Réfection d'un pansement avec mèche

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. **Vérifier s'il y a une ordonnance précise concernant la réfection du pansement.**
3. **Évaluer le degré de douleur de la personne et administrer au besoin un analgésique 30 minutes avant de commencer les soins.**
4. **Vérifier si la personne présente des allergies aux agents topiques.**
5. Rassembler tout le matériel nécessaire.
6. Procéder à l'hygiène des mains.
7. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
8. Expliquer la procédure de soins à la personne.
9. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
10. Assurer le maintien d'un environnement propre.
11. Assurer l'intimité de la personne.
12. Régler la hauteur du lit.
13. **Évaluer le degré de confort de la personne en position d'accès et sa capacité à garder cette position.**
14. **Découvrir uniquement la région du corps où se trouve la plaie.**
15. **Évaluer la taille du pansement et l'exsudat de la plaie.**
16. **Demander à la personne de ne pas toucher à la plaie ni au matériel stérile.**
17. **Fixer le sac à déchets avec le ruban adhésif à l'extrémité de la table.**

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

18. **Procéder au retrait du pansement et de la mèche.**
    - 18.1 **Mettre des gants non stériles.**
    - 18.2 **Enlever délicatement la bande adhésive du pansement secondaire.**
    - 18.3 **Enlever le pansement délicatement, en veillant à ne pas tirer sur la mèche.**
    - 18.4 **Inspecter le pansement et noter la quantité, la qualité et l'odeur de l'exsudat.**
    - 18.5 **Jeter le pansement dans le sac à déchets.**
    - 18.6 **Retirer délicatement la mèche avec une pince stérile et l'inspecter.**
    - 18.7 **Jeter la mèche et les gants dans le sac à déchets.**
19. **Évaluer l'apparence de la plaie.**
20. **Placer un piqué sur le lit du côté où s'effectuera le nettoyage de la plaie. Placer un haricot sous la plaie.**
21. **Ouvrir le nécessaire à pansements stérile ou le champ stérile.**
22. **Ouvrir la bouteille de solution antiseptique ou nettoyante.**
23. **Ouvrir le pot de mèches et le fixer à la table.**
24. **Disposer de manière stérile le matériel sur le champ stérile.**
25. **Verser délicatement la solution antiseptique ou nettoyante dans le compartiment principal du plateau, ainsi que dans l'un des petits compartiments.**
26. **Mettre des gants stériles.**
27. **Préparer le matériel stérile nécessaire pour le nettoyage.**
28. **Procéder au nettoyage de la plaie ouverte avec cavité ou espace pathologique.**
    - 28.1 **Effectuer l'irrigation de la cavité.**
    - 28.2 **Si la plaie comporte une section fermée, poursuivre le nettoyage en changeant de compresse à chaque nettoyage.**
29. **Procéder à la mesure du sinus.**
    - 29.1 **Déterminer l'orientation du sinus.**
    - 29.2 **Déterminer la profondeur du sinus.**
30. **Procéder à l'insertion d'une nouvelle mèche.**
    - 30.1 **Avec une pince stérile dans chaque main, saisir l'extrémité de la mèche de la main dominante et l'enrouler autour de l'autre pince.**
    - 30.2 **De la main dominante, prendre une tige montée à l'envers et l'utiliser pour insérer délicatement la mèche dans la plaie.**
    - 30.3 **Insérer délicatement la mèche, centimètre par centimètre.**

Réfection d'un pansement avec mèche (*suite*)

30.4 **Une fois la cavité remplie, couper la mèche.**

31 **Appliquer le pansement secondaire.**

32 **Retirer les gants et les jeter dans le sac à déchets.**

33 **Jeter le sac à déchets dans un sac à déchets biomédicaux.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

34 Réinstaller la personne dans le lit.

35 Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.

36 Procéder à l'hygiène des mains.

37 Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.

38 Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

39 **Surveiller l'apparition de manifestations cliniques d'infection.**

SITUATION CLINIQUE

ALAIN LÉTOURNEAU, 60 ans, a subi une chirurgie cardiaque il y a 1 semaine. La plaie au thorax est refermée, à l'exception d'une ouverture de quelques millimètres qui présente un exsudat jaunâtre et malodorant. Le chirurgien a examiné la plaie et l'a ouverte sur 1,5 cm, ce qui a permis d'y découvrir un sinus. Il a prescrit un pansement antimicrobien à base d'argent sous forme de mèche, à couvrir d'un pansement de mousse hydrocellulaire à refaire lorsqu'il est souillé à 75 % ou plus tous les 3 jours.

Notions de base

En présence d'un sinus dans la plaie, l'objectif de soins est de maintenir un environnement humide en tout temps en comblant l'espace pathologique qui se trouve au fond de la plaie. La mèche sert à combler l'espace pathologique afin de favoriser la guérison de la plaie en stimulant la granulation. Ce pansement primaire doit être recouvert d'un autre pansement, appelé pansement secondaire. Il est impératif de nettoyer efficacement la plaie des tissus nécrotiques, des déchets métaboliques et des agents topiques qui y seraient présents en plus de diminuer la charge bactérienne afin de favoriser la cicatrisation. Pour nettoyer ces espaces, on utilise un cathéter d'irrigation afin d'atteindre plus facilement l'intérieur de la plaie. Il est important de s'assurer que le liquide introduit dans le sinus ou l'espace cavitaire en ressort. Pendant l'irrigation, il faut générer une pression assez forte pour pouvoir déloger les tissus nécrotiques et les bactéries, sans toutefois endommager les tissus de granulation, ce qui aurait pour effet de retarder le processus de guérison. Il est donc recommandé de respecter les calibres proposés dans la liste du matériel. Les solutions utilisées doivent être conservées à la température ambiante, car l'emploi d'une solution froide ralentit le processus de cicatrisation.

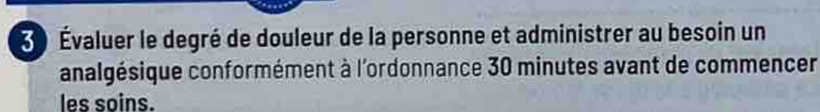


Matériel



- Nécessaire à pansements ou matériel stérile suivant :
  - champ ❶
  - plateau compartimenté ou deux contenants ❷
  - ciseaux ❸
  - deux pinces ❹
  - compresses ❺
- Cathéter intraveineux de calibre 18 ou 20 ❻
- Seringue de 30 mL ❼
- Tiges montées stériles ❽
- Gants stériles ❾ et gants non stériles ⓬
- Haricot ❿
- Piqué jetable ou en tissu ⓫
- Règle en carton jetable ⓭
- Solution antiseptique ou nettoyante prescrite ou solution de NaCl 0,9 % ⓮
- Pansement secondaire, par exemple un pansement absorbant à bordure adhésive (p. ex. Alldress[MD], Mepore[MD], Telfa[MD] Plus) ou un pansement non adhérent non imprégné (p. ex. Leukomed[MD], Melolite[MD], Telfa[MD]) ⓯
- Pot de mèches ⓰
- Sac à déchets (en plastique, de préférence) et ruban adhésif ⓱

Étapes préexécutoires	Justifications
1 Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).	
2 **Vérifier s'il y a une ordonnance précise concernant la réfection du pansement.**	Car les particularités du pansement y seront précisées.
ÉVALUATION **3** **Évaluer le degré de douleur de la personne et administrer au besoin un analgésique** conformément à l'ordonnance **30 minutes avant de commencer les soins.**	Car une forte douleur incommodera la personne et nuira à sa collaboration. L'administration d'un analgésique doit se faire assez tôt pour que le pic d'action soit atteint au moment de la procédure.
4 **Vérifier si la personne présente des allergies aux agents topiques.** Le cas échéant, prévoir un équivalent sans allergène.	Afin de favoriser la guérison de la plaie et le confort de la personne.
5 à **12** Effectuer les étapes **C** à **J** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
ÉVALUATION **13** **Évaluer le degré de confort de la personne en position d'accès** à la région de la plaie **et sa capacité à garder cette position** pendant toute la procédure.	Afin de prévoir de l'aide au besoin.



Étapes préexécutoires	Justifications
14 Découvrir uniquement la région du corps où se trouve la plaie.	Afin de respecter la pudeur de la personne.

ÉVALUATION

Étapes préexécutoires	Justifications
15 Évaluer la taille du pansement et l'exsudat de la plaie.	Afin de planifier le type de matériel nécessaire et la quantité requise.
16 Demander à la personne de ne pas toucher à la plaie ni au matériel stérile. En cas de toux, lui faire porter un masque.	Afin d'éviter la contamination de la plaie et du matériel stérile.

N'OUBLIEZ PAS

Il est essentiel de nettoyer efficacement la surface de travail avec une lingette désinfectante avant de procéder aux soins de plaies afin d'éviter tout risque de transmission d'agents pathogènes par le champ stérile.

Étapes préexécutoires	Justifications
17 Fixer le sac à déchets avec le ruban adhésif à l'extrémité de la table qui sera placée entre la personne et le champ stérile. S'assurer d'avoir un accès au sac sans risque de contaminer le matériel stérile.	Afin d'éviter de passer au-dessus du champ stérile pour jeter le matériel souillé.

ALERTE CLINIQUE

Risque de contamination

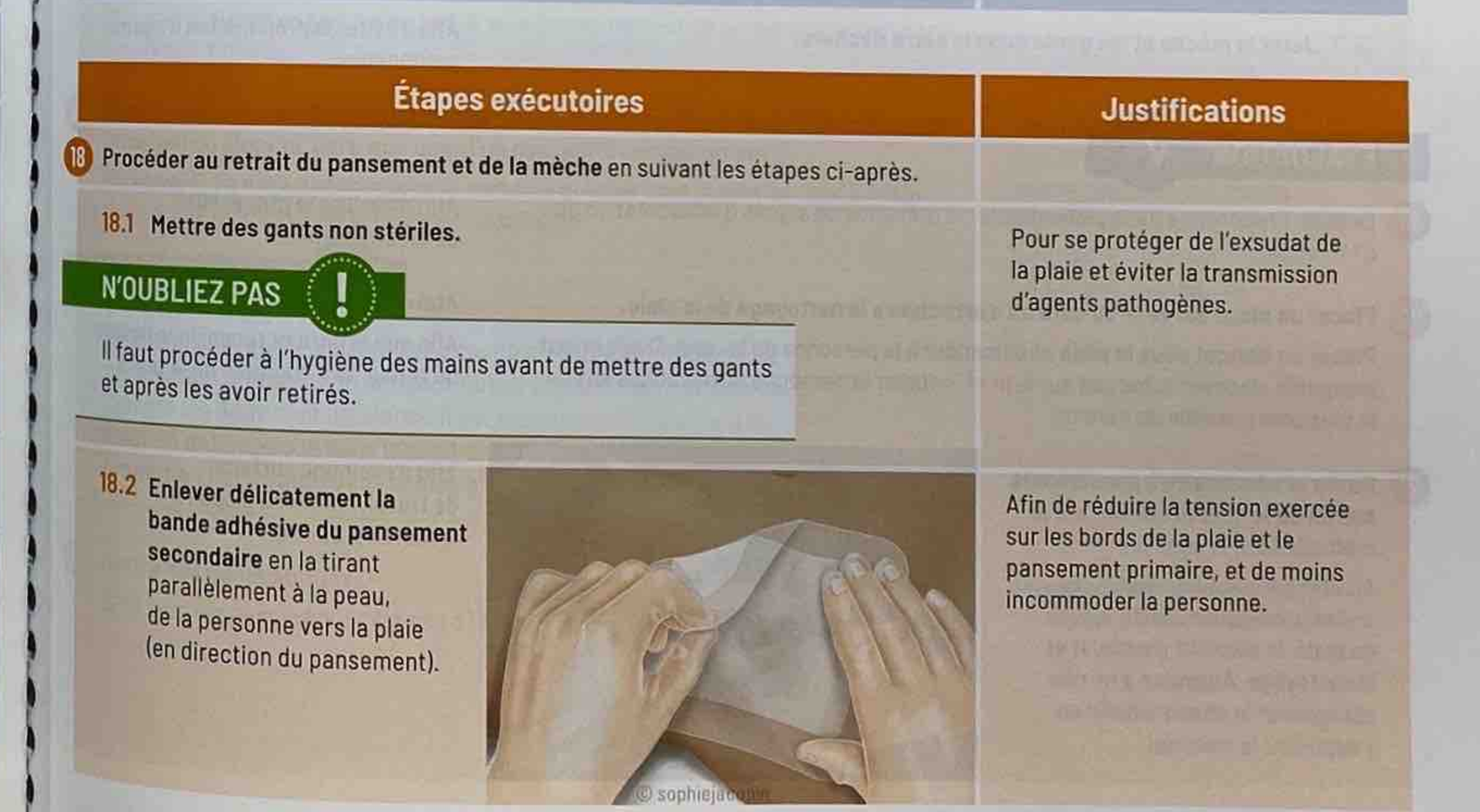
Afin de réduire les risques de contamination, il ne faut pas ouvrir le matériel stérile avant d'avoir retiré et jeté le pansement souillé.

Étapes exécutoires	Justifications
18 Procéder au retrait du pansement et de la mèche en suivant les étapes ci-après.	
18.1 **Mettre des gants non stériles.**	Pour se protéger de l'exsudat de la plaie et éviter la transmission d'agents pathogènes.

N'OUBLIEZ PAS

Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.

Étapes exécutoires	Justifications
18.2 **Enlever délicatement la bande adhésive du pansement secondaire** en la tirant parallèlement à la peau, de la personne vers la plaie (en direction du pansement).	Afin de réduire la tension exercée sur les bords de la plaie et le pansement primaire, et de moins incommoder la personne.



Étapes exécutoires	Justifications
18.3 Enlever le pansement délicatement, en veillant à ne pas tirer sur la mèche.	Afin d'éviter le retrait accidentel de la mèche (pansement primaire).
Si le pansement adhère à la plaie, l'imprégner de solution de NaCl 0,9 % et le laisser s'imbiber quelques minutes avant de le retirer.	Cela facilite son retrait et évite d'abîmer les tissus sous-jacents, ce qui retarderait le processus de cicatrisation.

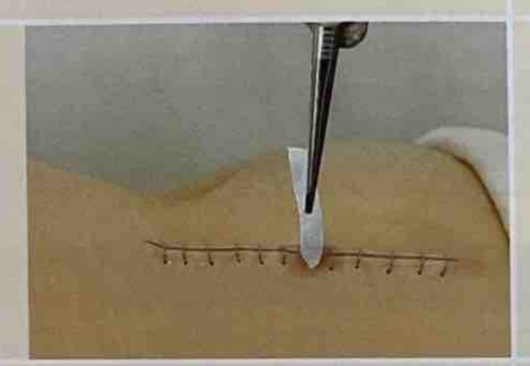


ALERTE CLINIQUE

Temps maximal d'imbibition

Lorsqu'il faut imbiber un pansement de NaCl 0,9 % pour faciliter son retrait, le temps d'imbibition ne doit jamais dépasser 15 minutes afin d'éviter la macération de la peau sous le pansement mouillé.

ÉVALUATION 

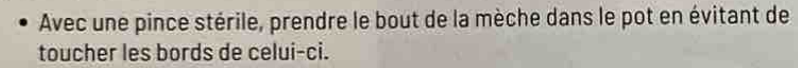
Étapes exécutoires	Justifications
18.4 Inspecter le pansement et noter la quantité, la qualité et l'odeur de l'exsudat.	Afin d'évaluer la nature de l'exsudat.
18.5 Jeter le pansement dans le sac à déchets.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
18.6 Retirer délicatement la mèche avec une pince stérile et l'inspecter. Au besoin, éponger l'exsudat qui pourrait s'écouler avec une compresse stérile. 	Afin d'éviter d'abîmer les tissus sous-jacents, ce qui retarderait le processus de cicatrisation.
18.7 Jeter la mèche et les gants dans le sac à déchets.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.

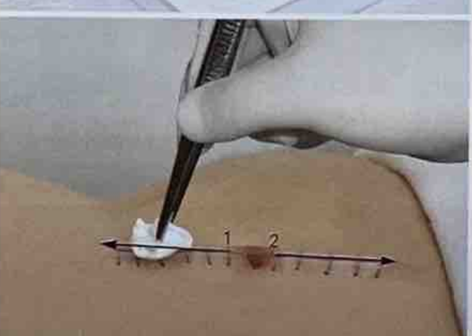
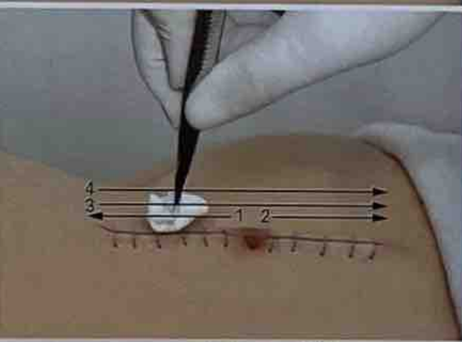
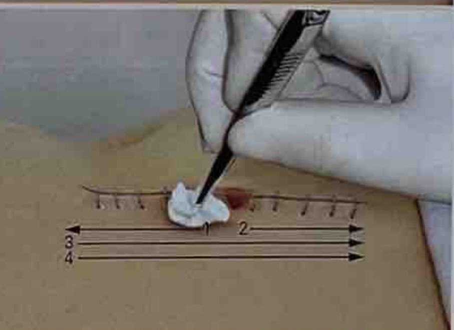
ÉVALUATION 

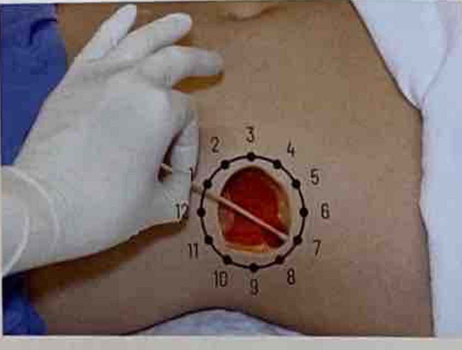
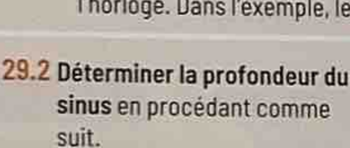
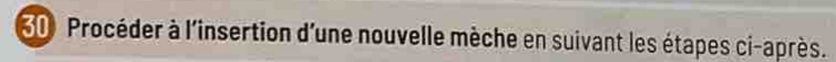
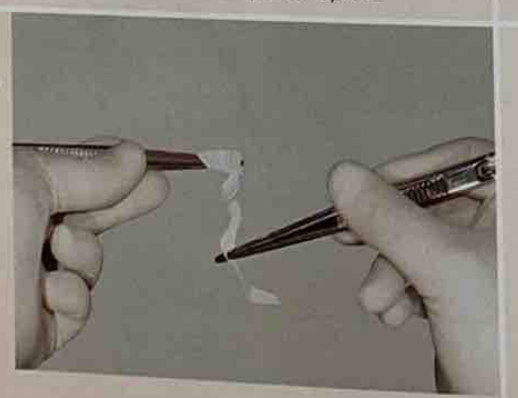
Étapes exécutoires	Justifications
19 Évaluer l'apparence de la plaie et noter la présence de signes d'inflammation ou d'infection.	Afin d'évaluer le processus de cicatrisation.
20 Placer un piqué sur le lit du côté où s'effectuera le nettoyage de la plaie.	Afin d'éviter de souiller la literie.
Placer un haricot sous la plaie et demander à la personne de le tenir. Si elle en est incapable, déposer le haricot sur le lit et installer la personne en décubitus latéral le plus près possible du haricot.	Afin que le haricot recueille le liquide de retour de l'irrigation de la plaie.
21 Ouvrir le nécessaire à pansements stérile ou le champ stérile (*voir la méthode 1.3, à la page 18*). Ajouter sur le champ stérile le matériel manquant selon le type de plaie, la quantité d'exsudat et le nettoyage. Attention à ne pas contaminer le champ stérile en y déposant le matériel. 	Afin d'avoir une surface de travail stérile où disposer le matériel stérile.

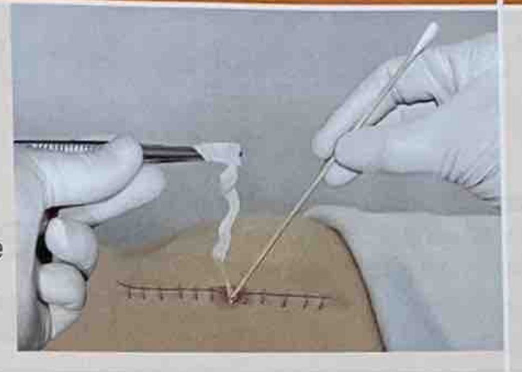
Étapes exécutoires	Justifications
22 Ouvrir la bouteille de solution antiseptique ou nettoyante.  **N'OUBLIEZ PAS !** Si la solution nettoyante utilisée est du NaCl 0,9 % ou de l'eau stérile, il faut indiquer la date et l'heure sur la bouteille, car ce type de solution est considéré comme stérile seulement pendant les 24 heures suivant son ouverture.	Afin qu'elle soit prête pour verser la solution dans le compartiment une fois le champ stérile préparé.
23 Ouvrir le pot de mèches et le fixer à la table à l'aide du ruban adhésif, à l'extérieur du champ stérile. 	Afin d'éviter que le pot se déplace ou tombe au moment de retirer la nouvelle mèche.
24 Disposer de manière stérile le matériel sur le champ stérile. Si le nécessaire à pansements contient une pince, utiliser celle-ci pour disposer le matériel sur le champ. Si le nécessaire à pansements ne contient aucune pince, mettre un premier gant stérile à la main dominante, puis disposer le matériel sur le champ.  Placer le matériel de façon à ne pas le mouiller au moment de verser la solution dans les compartiments.	Afin de libérer les compartiments pour la solution de nettoyage ou de désinfection.
25 Verser délicatement la solution antiseptique ou nettoyante dans le compartiment principal du plateau, ainsi que dans l'un des petits compartiments. Si l'étape 24 a été effectuée avec le port d'un premier gant stérile, utiliser la main non gantée pour prendre la bouteille de solution. **N'OUBLIEZ PAS**  Il est possible que les plaies avec cavité ou espace pathologique nécessitent une solution antiseptique et une solution nettoyante. Comme les deux sont incolores, il est recommandé de verser la solution antiseptique dans le petit compartiment du plateau et la solution nettoyante dans le plus grand.	Car si des éclaboussures de solution sont projetées sur le champ stérile (même plastifié), les agents pathogènes présents sur la table pourraient traverser le champ et contaminer le matériel.
26 Mettre des gants stériles. Si un premier gant stérile a été mis à l'étape 24, mettre l'autre gant stérile.	Afin de pouvoir procéder au nettoyage de manière stérile.

MS 10.4

Étapes exécutoires	Justifications
N'OUBLIEZ PAS  Les gants stériles mouillés peuvent laisser passer des micro-organismes, des mains vers l'extérieur des gants. Il est donc recommandé d'utiliser les pinces pour manipuler les compresses imbibées de solution antiseptique ou nettoyante.	
27 Préparer le matériel stérile nécessaire pour le nettoyage en procédant comme suit. a) Pour l'irrigation : • Enlever le capuchon du cathéter. • Retirer l'aiguille du cathéter. • Remettre le capuchon sur l'aiguille.	Afin de prévenir les piqûres accidentelles.
b) Pour la mèche : • Avec une pince stérile, prendre le bout de la mèche dans le pot en évitant de toucher les bords de celui-ci. 	Car les bords du pot sont considérés comme contaminés.
• Retirer délicatement la mèche du pot et la couper à la longueur nécessaire avec les ciseaux stériles.	
• Déposer la mèche dans le compartiment du plateau contenant la solution humidifiante prescrite.	Car la mèche aura ainsi le temps de s'imbiber avant d'être insérée dans la plaie.
SITUATION CLINIQUE Dans le cas de monsieur Létourneau, quelle longueur de mèche allez-vous préparer ?	
28 Procéder au nettoyage de la plaie ouverte avec cavité ou espace pathologique en suivant les étapes ci-après.	
28.1 Effectuer l'irrigation de la cavité.	
28.1.1 Aspirer la solution d'irrigation avec la seringue.	Car il est plus facile de remplir une seringue seule, sans cathéter ajointé.
28.1.2 Ajointer le cathéter à la seringue.	Afin de préparer la seringue pour procéder à l'irrigation.
28.1.3 Tenir le bout du cathéter près de l'ouverture de la cavité en maintenant un angle d'environ 45°.	Afin d'obtenir la pression adéquate.
28.1.4 Exercer une pression lente et régulière sur le piston de la seringue en faisant de légers mouvements de rotation et diriger la solution vers le fond de la cavité. Éviter de diriger le jet à l'extérieur de la cavité.	Afin d'assurer le nettoyage complet de la cavité.
28.1.5 Irriguer la plaie jusqu'à ce que la solution recueillie dans le haricot soit claire et que la cavité soit nettoyée complètement ou selon l'ordonnance.	La clarté de la solution de retour indique que la plaie est nettoyée.

Étapes exécutoires	Justifications
28.2 Si la plaie comporte une section fermée, poursuivre le nettoyage en changeant de compresse à chaque nettoyage et en veillant à couvrir toute la surface qui sera recouverte par le pansement.	En nettoyant la plaie fermée en dernier, on évite de la contaminer lors de l'irrigation de la partie ouverte.
N'OUBLIEZ PAS ! Il faut toujours nettoyer la plaie en allant de la région la moins contaminée vers la région la plus contaminée, c'est-à-dire du centre de la plaie vers les parties latérales de la plaie.	
28.2.1 Prendre une pince stérile dans chaque main et saisir une compresse imbibée de solution, la tordre et la prendre aux quatre coins pour en faire un baluchon. 	Afin de manipuler les compresses sans les contaminer.
28.2.2 Nettoyer la ligne d'incision en partant de la cavité vers le haut de l'incision, puis de la cavité vers le bas de l'incision. 	Commencer le nettoyage en allant du site de la plaie ouverte vers l'extrémité assure un nettoyage de la partie la moins contaminée vers la plus contaminée.
28.2.3 Nettoyer les parties latérales de la plaie en procédant comme suit. • Nettoyer la partie latérale supérieure en partant de la cavité vers le haut (1), puis en partant de la cavité vers le bas (2). • Poursuivre le nettoyage à droite de l'incision, en allant du haut vers le bas (3 et 4). • Répéter la procédure pour la partie latérale inférieure.  	Afin de poursuivre le nettoyage vers la périphérie, la plus contaminée.

Étapes exécutoires	Justifications
N'OUBLIEZ PAS  Advenant qu'une compresse ne soit pas suffisamment essorée et que la solution s'écoule sur une partie déjà nettoyée, il faut recommencer la procédure du début.	
29 **Procéder à la mesure du sinus** en suivant les étapes ci-après.	Car les mesures précises des composantes de la plaie doivent être prises en début de traitement et régulièrement par la suite afin de documenter son évolution.
29.1 **Déterminer l'orientation du sinus** en procédant comme suit.  • Insérer délicatement la tige montée jusqu'à l'endroit le plus profond du sinus. • Imaginer une horloge dont la grande aiguille (12 h) pointe vers la tête de la personne. • Observer la direction prise par la tige à l'endroit le plus profond, en l'imaginant être la petite aiguille de l'horloge. Dans l'exemple, le sinus pointe à 7 h.	
 **29.2** **Déterminer la profondeur du sinus** en procédant comme suit. • Sans bouger la tige, descendre ses doigts jusqu'au niveau du bord de la plaie. • Doucement, retirer la tige du sinus en prenant soin de ne pas déplacer ses doigts. • Prendre la mesure du bout de la tige jusqu'au bout de ses doigts. Le résultat correspond à la profondeur du sinus. • La mèche doit mesurer 2-3 cm de plus que la profondeur du sinus.	
 **30** **Procéder à l'insertion d'une nouvelle mèche** en suivant les étapes ci-après.	
30.1 **Avec une pince stérile dans chaque main, saisir l'extrémité de la mèche de la main dominante et l'enrouler autour de l'autre pince.** Garder la pince avec la mèche enroulée dans la main non dominante. 	Enrouler la mèche diminue le risque de la contaminer pendant son insertion dans la plaie.

Étapes exécutoires	Justifications
30.2 De la main dominante, prendre une tige montée à l'envers (bout de coton côté main) **et l'utiliser pour insérer délicatement la mèche dans la plaie.** Pour demeurer stérile, la mèche ne doit pas entrer en contact avec quoi que ce soit pendant sa manipulation. 	Afin de diminuer l'inconfort causé par l'insertion.
30.3 Insérer délicatement la mèche, centimètre par centimètre, en la poussant le plus loin possible de manière à remplir la cavité sans la compacter.	Afin de permettre un drainage efficace et de favoriser la cicatrisation sans comprimer les tissus au fond de la cavité.
30.4 Une fois la cavité remplie, couper la mèche de manière à laisser de 2 à 3 cm à l'extérieur du site d'insertion.	Car au moment de son remplacement, on saisira la mèche par cette extrémité.

N'OUBLIEZ PAS 

On ne doit jamais insérer plusieurs petites mèches, car on risquerait alors de ne pas pouvoir les retirer par la suite. La mèche unique à insérer doit mesurer au moins 2-3 cm de plus que la profondeur du sinus.

Étapes exécutoires	Justifications
31 Appliquer le pansement secondaire. Recouvrir le pansement primaire avec un pansement de type mousse hydrocellulaire avec bordures adhésives.	Car ce type de pansement absorbe l'exsudat.



ALERTE CLINIQUE

Risque lié à l'application d'un pansement avec bande adhésive

Si la plaie avec mèche comporte aussi une section fermée, il faut éviter d'appliquer une bande adhésive extensible sur la plaie fermée, car cette dernière risquerait de s'ouvrir lors du retrait de la bande. Au besoin, couvrir la section fermée d'une compresse afin de permettre de fixer le pansement.

Étapes exécutoires	Justifications
32 Retirer les gants et les jeter dans le sac à déchets.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
33 Jeter le sac à déchets dans un sac à déchets biomédicaux.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
34 à **38** Effectuer les étapes **A** à **E** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	





ÉVALUATION

39 **Surveiller l'apparition de manifestations cliniques d'infection** (fièvre, frissons, douleur). Le cas échéant, en aviser le médecin et procéder à une culture de plaie selon la politique de l'établissement (*voir la méthode 10.7, à la page 623*).	Car ces manifestations peuvent indiquer une infection de la plaie.

ALERTE CLINIQUE

Signes et symptômes à signaler

Il faut aviser le médecin traitant ou l'infirmière responsable de la personne s'il y a œdème, rougeur, chaleur, douleur, exsudat purulent ou nauséabond, saignement anormal, modification de l'apparence de la plaie ou nécrose à la plaie ou dans la région de la plaie.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La quantité et les caractéristiques de l'exsudat qu'a absorbé le pansement souillé.
- L'apparence de la plaie.
- Les types de pansements utilisés.
- La réaction (tolérance, douleur) de la personne et sa collaboration.
- Tout saignement rouge vif intense ou tout signe de déhiscence ou d'éviscération de la plaie. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Alain Létourneau **Dossier 664179**

2021-07-14 10:00 Pans. 2° souillé 25 % sérosanguinolent. Mèche souillée 100 % sérosanguin. Plaie ± 1,5 cm de diamètre et ± 3 cm profondeur. Bords intacts. Plaie chirurgicale fermée intacte, bords bien accolés. Plaie ouverte irriguée c̄ 30 mL NS ad retour liquide clair. Ø douleur pendant le nettoyage. Plaie fermée nettoyée c̄ NS. Mèche 1 × 4 cm insérée. Douleur 2/10 à l'insertion, 0/10 par la suite. Pans. de mousse hydrocellulaire appliqué par-dessus la mèche. Procédure bien tolérée. ______ Manon Ouellet, inf.

Notes

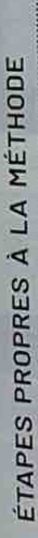


Drain Jackson-Pratt[MD] ou Hemovac[MD] : réfection du pansement et retrait du drain

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. **Vérifier s'il y a une ordonnance précise concernant la réfection du pansement.**
3. **Évaluer le degré de douleur de la personne et administrer au besoin un analgésique 30 minutes avant de commencer les soins.**
4. **Vérifier si la personne présente des allergies aux agents topiques.**
5. Rassembler tout le matériel nécessaire.
6. Procéder à l'hygiène des mains.
7. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
8. Expliquer la procédure de soins à la personne.
9. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
10. Assurer le maintien d'un environnement propre.
11. Assurer l'intimité de la personne.
12. Régler la hauteur du lit.
13. **Évaluer le degré de confort de la personne en position d'accès et sa capacité à garder cette position.**
14. **Découvrir uniquement la région du corps où se trouve la plaie.**
15. **Évaluer les caractéristiques du pansement.**
16. **Demander à la personne de ne pas toucher à la plaie ni au matériel stérile.**
17. **Fixer le sac à déchets avec le ruban adhésif à l'extrémité de la table.**



ÉTAPES EXÉCUTOIRES

18. **Procéder au retrait du pansement.**
    - 18.1 **Mettre des gants non stériles.**
    - 18.2 **Enlever délicatement la bande adhésive qui maintient le pansement.**
    - 18.3 **Enlever le pansement avec soin, une couche à la fois, en gardant une main sur le tube de drainage.**
    - 18.4 **Inspecter le pansement et noter la quantité, la qualité et l'odeur de l'exsudat.**
    - 18.5 **Jeter le pansement et les gants dans le sac à déchets.**
19. **Évaluer l'apparence du site d'insertion du drain.**
20. **Ouvrir le nécessaire à pansements stérile ou le champ stérile.**
21. **Ouvrir la bouteille de solution antiseptique ou nettoyante.**
22. **Disposer de manière stérile le matériel sur le champ stérile.**
23. **Verser délicatement la solution antiseptique ou nettoyante dans le compartiment principal du plateau.**
24. **Mettre des gants stériles.**
25. **Procéder au nettoyage du site d'insertion du drain.**
    - 25.1 **Prendre une pince stérile dans chaque main et saisir une compresse imbibée de solution.**
    - 25.2 **Nettoyer la plaie en changeant de compresse à chaque mouvement circulaire.**
26. **Procéder à la pose du pansement de drain ou au retrait du drain.**
    - 26.1 **Appliquer un pansement de drain.**
    - 26.2 **Retirer le drain.**
27. **Jeter le sac à déchets dans un sac à déchets biomédicaux.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

28. Réinstaller la personne dans le lit.
29. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
30. Procéder à l'hygiène des mains.
31. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
32. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.
33. **Surveiller l'apparition de manifestations cliniques d'infection.**

SITUATION CLINIQUE

MARC MONTGOMERY, 58 ans, est porteur d'un drain Jackson-Pratt[MD] à la suite d'une chirurgie à l'abdomen. La préposée aux bénéficiaires qui l'a aidé à faire sa toilette vous avise que le pansement au site de drain est souillé et qu'un mince filet de sang s'en écoule quand monsieur Montgomery bouge.

Notions de base

Les drains sont généralement insérés dans la plaie chirurgicale ou quelques centimètres au-dessous pour une courte période. L'objectif de soins est de maintenir le site d'insertion du drain propre et protégé. Le pansement préserve l'humidité de la plaie, la protège des infections et contribue au maintien en place du drain. Il doit être changé selon une fréquence variable, laquelle est précisée dans l'ordonnance médicale. Le retrait d'un drain requiert une ordonnance médicale ou une politique de l'établissement. Une fois le drain retiré, un pansement doit être mis en place et généralement maintenu pendant 48 heures.

Matériel

- Nécessaire à pansements ou matériel stérile suivant :
  - champ ❶
  - plateau compartimenté ou deux contenants ❷
  - ciseaux ❸
  - deux pinces ❹
  - compresses ❺, compresses pour drain ❻, coussinets ❼
- Gants stériles ❽ et gants non stériles ❾
- Solution antiseptique ou nettoyante prescrite ou solution de NaCl 0,9 % ❿
- Matériel pour fixer le pansement (ruban adhésif, bande adhésive extensible de type Hypafix[MD] ou Mefix[MD], bandage, etc.) ⓫
- Sac à déchets (en plastique, de préférence) et ruban adhésif ⓬



Étapes préexécutoires	Justifications
❶ Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).	
❷ **Vérifier s'il y a une ordonnance précise concernant la réfection du pansement.**	Car les particularités du pansement y seront précisées.

Étapes préexécutoires	Justifications
ÉVALUATION	
3 **Évaluer le degré de douleur de la personne et administrer au besoin un analgésique** conformément à l'ordonnance **30 minutes avant de commencer les soins.**	Car une forte douleur incommodera la personne et nuira à sa collaboration. L'administration d'un analgésique doit se faire assez tôt pour que le pic d'action soit atteint au moment de la procédure.
4 **Vérifier si la personne présente des allergies aux agents topiques.** Le cas échéant, prévoir un équivalent sans allergène.	Afin de favoriser la guérison de la plaie et le confort de la personne.
5 à 12 Effectuer les étapes C à J présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
ÉVALUATION	
13 **Évaluer le degré de confort de la personne en position d'accès** à la région de la plaie **et sa capacité à garder cette position** pendant toute la procédure.	Afin de prévoir de l'aide au besoin.
14 **Découvrir uniquement la région du corps où se trouve la plaie.**	Afin de respecter la pudeur de la personne.
ÉVALUATION	
15 **Évaluer les caractéristiques du pansement** (type, taille, etc.).	Afin de planifier le type de matériel nécessaire et la quantité requise.
16 **Demander à la personne de ne pas toucher à la plaie ni au matériel stérile.** En cas de toux, lui faire porter un masque. **N'OUBLIEZ PAS** Il est essentiel de nettoyer efficacement la surface de travail avec une lingette désinfectante avant de procéder aux soins de plaies afin d'éviter tout risque de transmission d'agents pathogènes par le champ stérile.	Afin d'éviter la contamination de la plaie et du matériel stérile.
17 **Fixer le sac à déchets avec le ruban adhésif à l'extrémité de la table** qui sera placée entre la personne et le champ stérile. S'assurer d'avoir un accès au sac sans risque de contaminer le matériel stérile. **ALERTE CLINIQUE** **Risque de contamination** Afin de réduire les risques de contamination, il ne faut pas ouvrir le matériel stérile avant d'avoir retiré et jeté le pansement souillé.	Afin d'éviter de passer au-dessus du champ stérile pour jeter le matériel souillé.

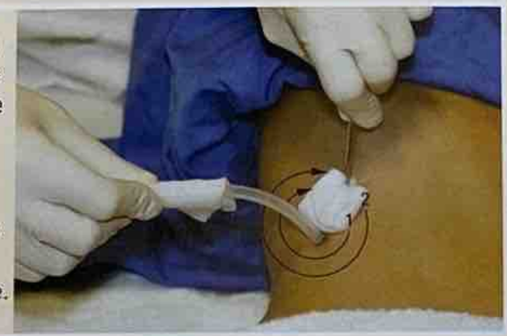
Étapes exécutoires	Justifications
18 **Procéder au retrait du pansement** en suivant les étapes ci-après.	
18.1 **Mettre des gants non stériles.** **N'OUBLIEZ PAS**  Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.	Pour se protéger de l'exsudat de la plaie et éviter la transmission d'agents pathogènes.
18.2 **Enlever délicatement la bande adhésive qui maintient le pansement** en la tirant parallèlement à la peau, de la personne vers la plaie (en direction du pansement).  Lorsque la portion retirée du pansement atteint le tube de drainage, tenir celui-ci en place avec une main et poursuivre le retrait de la bande adhésive de l'autre.	Afin de réduire la tension exercée sur la suture ou sur les bords de la plaie et de moins incommoder la personne. Le maintien du tube pendant le retrait de la bande adhésive prévient le retrait ou le déplacement accidentel du drain.
18.3 **Enlever le pansement avec soin, une couche à la fois, en gardant une main sur le tube de drainage.**	Afin d'éviter le déplacement ou le retrait accidentel du drain.
ÉVALUATION  18.4 **Inspecter le pansement et noter la quantité, la qualité et l'odeur de l'exsudat.**	Afin d'évaluer la nature de l'exsudat.
18.5 **Jeter le pansement et les gants dans le sac à déchets.**	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
ÉVALUATION  **19** **Évaluer l'apparence du site d'insertion du drain** et noter la présence de signes d'inflammation ou d'infection.	Afin d'évaluer le processus de cicatrisation.

SITUATION CLINIQUE

Le pansement retiré est imbibé à 100 % de sang rouge clair. En observant le site d'insertion, vous remarquez qu'il y a du sang qui s'en écoule, goutte à goutte. Que faites-vous ?

Étapes exécutoires	Justifications
20 **Ouvrir le nécessaire à pansements stérile ou le champ stérile** (*voir la méthode 1.3, à la page 18*). Ajouter sur le champ stérile le matériel manquant selon le type de plaie, la quantité d'exsudat et le nettoyage. Attention à ne pas contaminer le champ stérile en y déposant le matériel. 	Afin d'avoir une surface de travail stérile où disposer le matériel stérile.

Étapes exécutoires	Justifications
ALERTE CLINIQUE **Manipulation contre-indiquée des compresses** Si les compresses pour drain ne sont pas disponibles, il ne faut jamais couper des compresses régulières, car elles s'effilochent, et des fils de compresse pourraient se retrouver dans la plaie. Il est préférable d'utiliser une compresse régulière pliée en deux sous le tube de drain et de recouvrir le tout avec deux compresses non pliées.	
21 **Ouvrir la bouteille de solution antiseptique ou nettoyante.** **N'OUBLIEZ PAS**  Si la solution nettoyante utilisée est du NaCl 0,9 % ou de l'eau stérile, il faut indiquer la date et l'heure sur la bouteille, car ce type de solution est considéré comme stérile seulement pendant les 24 heures suivant son ouverture.	Afin qu'elle soit prête pour verser la solution dans le compartiment une fois le champ stérile préparé.
22 **Disposer de manière stérile le matériel sur le champ stérile.** Si le nécessaire à pansements contient une pince, utiliser celle-ci pour disposer le matériel sur le champ. Si le nécessaire à pansements ne contient aucune pince, mettre un premier gant stérile à la main dominante, puis disposer le matériel sur le champ.  Placer le matériel de façon à ne pas le mouiller au moment de verser la solution sur les compresses.	Afin de libérer le compartiment où sera versée la solution.
23 **Verser délicatement la solution antiseptique ou nettoyante dans le compartiment principal du plateau.** Si l'étape 22 a été effectuée avec le port d'un premier gant stérile, utiliser la main non gantée pour prendre la bouteille de solution.	Car si des éclaboussures de solution sont projetées sur le champ stérile (même plastifié), les agents pathogènes présents sur la table pourraient traverser le champ et contaminer le matériel.
24 **Mettre des gants stériles.** Si un premier gant stérile a été mis à l'étape 22, mettre l'autre gant stérile. **N'OUBLIEZ PAS**  Les gants stériles mouillés peuvent laisser passer des microorganismes, des mains vers l'extérieur des gants. Il est donc recommandé d'utiliser les pinces pour manipuler les compresses imbibées de solution antiseptique ou nettoyante.	Afin de pouvoir procéder au nettoyage de manière stérile.
25 **Procéder au nettoyage du site d'insertion du drain** en suivant les étapes ci-après.	

Étapes exécutoires	Justifications
25.1 Prendre une pince stérile dans chaque main et saisir une compresse imbibée de solution, la tordre et la prendre aux quatre coins pour en faire un baluchon. 	Afin de manipuler les compresses sans les contaminer.
25.2 Nettoyer la plaie en changeant de compresse à chaque mouvement circulaire et en veillant à couvrir toute la surface qui sera recouverte par le pansement.	Afin de ne pas contaminer une partie de la plaie avec les souillures présentes sur la compresse utilisée.
25.2.1 Saisir le drain de la main non dominante avec une compresse stérile sèche et nettoyer le site d'insertion du drain en effectuant des mouvements circulaires autour du drain, du centre vers la périphérie. 	Afin de maintenir le gant stérile et d'éviter un déplacement ou un retrait accidentel du drain.
25.2.2 Nettoyer l'extérieur du tube de drainage s'il est souillé, du site d'insertion vers le contenant collecteur.	
26 Procéder à la pose du pansement de drain ou au retrait du drain selon le cas. 26.1 Appliquer un pansement de drain. 26.2 Retirer le drain.	
26.1 Appliquer un pansement de drain.	
26.1.1 Appliquer une compresse pour drain sur le site d'insertion en plaçant l'ouverture vers le haut. Répéter avec une deuxième compresse en plaçant l'ouverture vers le bas. 	Car l'alternance des ouvertures permet de couvrir toute la région du site d'insertion et assure une meilleure absorption de l'exsudat.
26.1.2 Recouvrir le site d'une ou de plusieurs compresses stériles, selon le cas. 	Afin de protéger la plaie et d'absorber l'exsudat, le cas échéant.

Étapes exécutoires		Justifications
26.1.3 Retirer les gants et les jeter dans le sac à déchets.		Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
26.1.4 Fixer le pansement en appliquant une bande adhésive pour maintenir solidement les compresses. S'assurer que la bande adhésive recouvre entièrement les compresses et dépasse leur pourtour d'au moins 2 cm. Bien coller la bande adhésive autour du tube de drainage. Passer à l'étape 27.	 	Afin de prévenir tout décollement accidentel du pansement et toute infiltration sous le pansement.
26.2 Retirer le drain.		
26.2.1 Vérifier la présence de points de suture fixant le drain à la peau. Le cas échéant, les retirer en prenant garde de ne pas couper le drain (*voir la méthode 10.8, à la page 628*).		Afin d'éviter d'arracher la peau environnante en retirant le drain.
26.2.2 Appuyer la main non dominante sur la peau de la personne, à la base du drain.		Afin d'éviter d'exercer une traction sur les tissus et de provoquer de la douleur au moment du retrait.

Étapes exécutoires	Justifications
26.2.3 Saisir le drain de la main dominante et le retirer en tirant doucement, mais fermement, de façon continue. 	Un retrait continu atténue la douleur et incommode moins la personne.

SITUATION CLINIQUE

Une fois le drain retiré, vous remarquez une goutte de sang qui se forme au site d'insertion. Que pouvez-vous conclure et que faites-vous ?

Étapes exécutoires	Justifications
26.2.4 Vérifier l'intégrité du drain.	Afin de s'assurer que tout le système de drainage a été retiré.



Vérification de l'intégrité du drain

Un drain incomplet signifie qu'une partie est demeurée à l'intérieur du corps de la personne. Le cas échéant, il faut en aviser le médecin traitant ou l'infirmière responsable de la personne.

Étapes exécutoires	Justifications
26.2.5 Jeter le drain, avec les gants, dans le sac à déchets.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
26.2.6 Appliquer une compresse sur le site d'insertion et la fixer avec une bande adhésive extensible. 	
S'assurer que la bande adhésive extensible recouvre son pourtour d'au moins 2 cm.	Afin de prévenir tout décollement accidentel du pansement et toute infiltration sous le pansement.
En présence d'un léger exsudat, il est possible de mettre plusieurs compresses.	
27 **Jeter le sac à déchets dans un sac à déchets biomédicaux.**	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
28 à 32 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	



33 **Surveiller l'apparition de manifestations cliniques d'infection** (fièvre, frissons, douleur). Le cas échéant, en aviser le médecin et procéder à une culture de plaie selon la politique de l'établissement (*voir la méthode 10.7, à la page 623*).	Car ces manifestations peuvent indiquer une infection de la plaie.

ALERTE CLINIQUE

Signes et symptômes à signaler

Il faut aviser le médecin traitant ou l'infirmière responsable de la personne s'il y a œdème, rougeur, chaleur, douleur, exsudat purulent ou nauséabond, saignement anormal ou toute anomalie au site d'insertion du drain.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La quantité et les caractéristiques de l'exsudat qu'a absorbé le pansement souillé.
- L'apparence du site d'insertion du drain et les caractéristiques de l'exsudat.
- Le type et la quantité de pansements utilisés.
- La réaction (tolérance, douleur) de la personne et sa collaboration.
- Tout écoulement important ou signe d'infection au site d'insertion. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Marc Montgomery **Dossier 228846**

2021-07-15	08:10	Pans. site du drain souillé 100 % sang rouge clair. Présence exsudat sanguin goutte à goutte au site du drain. Ø douleur, Ø malaise. Nettoyé c̄ NS. Pans. absorbant fait : 4 comp. drain 4 × 4 + 1 coussinet, et Hypafix. Avisé de rester au lit et d'éviter les efforts d'ici la visite du MD. MD avisé.
2021-07-15	09:30	Visite du R4 en chirurgie, suture refaite. Site de drain intact, Ø exsudat actif du site. Nettoyé c̄ NS. Pans. : 2 comp. drain 4 × 4, et Hypafix. Procédure bien tolérée. Ø douleur. Ana Kasakova, inf.



Drain de Penrose : réfection du pansement, traction et installation d'un sac collecteur

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. **Vérifier s'il y a une ordonnance précise concernant la réfection du pansement.**
3. **Évaluer le degré de douleur de la personne et administrer au besoin un analgésique 30 minutes avant de commencer les soins.**
4. **Vérifier si la personne présente des allergies aux agents topiques.**
5. Rassembler tout le matériel nécessaire.
6. Procéder à l'hygiène des mains.
7. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
8. Expliquer la procédure de soins à la personne.
9. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
10. Assurer le maintien d'un environnement propre.
11. Assurer l'intimité de la personne.
12. Régler la hauteur du lit.
13. **Évaluer le degré de confort de la personne en position d'accès et sa capacité à garder cette position.**
14. **Découvrir uniquement la région du corps où se trouve la plaie.**
15. **Évaluer les caractéristiques du pansement.**
16. **Demander à la personne de ne pas toucher à la plaie ni au matériel stérile.**
17. **Fixer le sac à déchets avec le ruban adhésif à l'extrémité de la table.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

18. **Procéder au retrait du pansement.**
    - 18.1 **Mettre des gants non stériles.**
    - 18.2 **Enlever délicatement la bande adhésive qui maintient le pansement.**
    - 18.3 **Enlever le pansement avec soin, une couche à la fois, en veillant à ne pas déloger le drain.**
    - 18.4 **Inspecter le pansement et noter la quantité, la qualité et l'odeur de l'exsudat.**
    - 18.5 **Jeter le pansement et les gants dans le sac à déchets.**
19. **Évaluer l'apparence du site d'insertion du drain ainsi que de la peau environnante.**
20. **Ouvrir le nécessaire à pansements stérile ou le champ stérile.**
21. **Ouvrir la bouteille de solution antiseptique ou nettoyante.**
22. **Disposer de manière stérile le matériel sur le champ stérile.**
23. **Verser délicatement la solution antiseptique ou nettoyante dans le compartiment principal du plateau.**
24. **Mettre des gants stériles.**
25. **Procéder au nettoyage de la plaie chirurgicale avec drain de Penrose.**
    - 25.1 **Prendre une pince stérile dans chaque main et saisir une compresse imbibée de solution.**
    - 25.2 **Nettoyer la plaie en changeant de compresse à chaque nettoyage.**
26. **Procéder à la traction d'un drain de Penrose.**
    - 26.1 **Saisir le drain au niveau du site d'insertion, le tirer de la longueur prescrite et le maintenir.**
    - 26.2 **Insérer une épingle de sûreté stérile juste au-dessus de la peau.**
    - 26.3 **Couper le drain à environ 2,5 cm au-dessus de la nouvelle épingle de sûreté.**

Drain de Penrose : réfection du pansement, traction et installation d'un sac collecteur (*suite*)

27 **Procéder à l'installation d'un sac collecteur sur le drain de Penrose ou à la pose d'un pansement simple.**

27.1 **Installer un sac collecteur sur un drain de Penrose.**

27.2 **Appliquer un pansement simple.**

28 **Jeter le sac à déchets dans un sac à déchets biomédicaux.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

29 Réinstaller la personne dans le lit.

30 Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.

31 Procéder à l'hygiène des mains.

32 Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.

33 Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.

34 **Surveiller l'apparition de manifestations cliniques d'infection.**

SITUATION CLINIQUE

ELIAS BENTO, 45 ans, a une plaie abdominale avec un drain de Penrose à la suite d'une chirurgie du pancréas. La quantité de liquide s'écoulant du drain a diminué de façon importante. Depuis hier, un pansement avec coussinet est en place sur le site d'insertion du drain et il absorbe le liquide de drainage. Vous devez refaire le pansement ce matin et tirer le drain de 2 cm.

Notions de base

Le drain de Penrose permet l'évacuation progressive des liquides et des sérosités encore présentes dans la plaie vers un pansement ou un sac collecteur, en vue de favoriser la cicatrisation de la plaie.

MS 10.6

Matériel

- Nécessaire à pansements ou matériel stérile suivant :
  - champ ❶
  - plateau compartimenté ou contenant ❷
  - compresses ❸, coussinet abdominal ❹, compresses pour drain ❺ ou autres
  - ciseaux ❻
  - deux pinces ❼
- Gants stériles ❽ et gants non stériles ❾
- Épingle de sûreté stérile ❿
- Sac collecteur et collerette ⓫
- Solution antiseptique ou nettoyante prescrite ou solution de NaCl 0,9 % ⓬
- Matériel pour fixer le pansement (ruban adhésif, bande adhésive extensible de type Hypafix[MD] ou Mefix[MD], bandage, etc.) ⓭
- Sac à déchets (en plastique, de préférence) et ruban adhésif ⓮

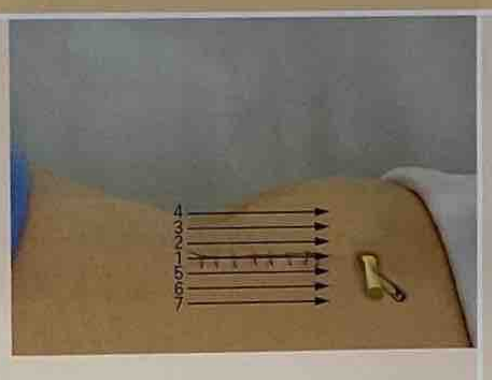


Étapes préexécutoires	Justifications
❶ Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).	
❷ **Vérifier s'il y a une ordonnance précise concernant la réfection du pansement.**	Car les particularités du pansement y seront précisées.
ÉVALUATION ✓	
❸ **Évaluer le degré de douleur de la personne et administrer au besoin un analgésique** conformément à l'ordonnance **30 minutes avant de commencer les soins.**	Car une forte douleur incommodera la personne et nuira à sa collaboration. L'administration d'un analgésique doit se faire assez tôt pour que le pic d'action soit atteint au moment de la procédure.
❹ **Vérifier si la personne présente des allergies aux agents topiques.** Le cas échéant, prévoir un équivalent sans allergène.	Afin de favoriser la guérison de la plaie et le confort de la personne.
❺ à ⓬ Effectuer les étapes C à J présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
ÉVALUATION ✓	
⓭ **Évaluer le degré de confort de la personne en position d'accès** à la région de la plaie **et sa capacité à garder cette position** pendant toute la procédure.	Afin de prévoir de l'aide au besoin.
⓮ **Découvrir uniquement la région du corps où se trouve la plaie.**	Afin de respecter la pudeur de la personne.

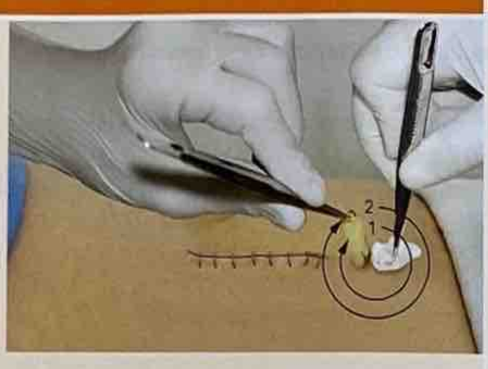
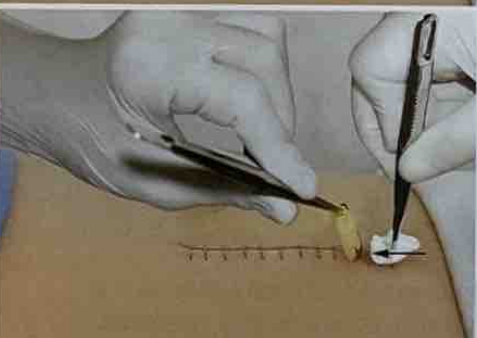
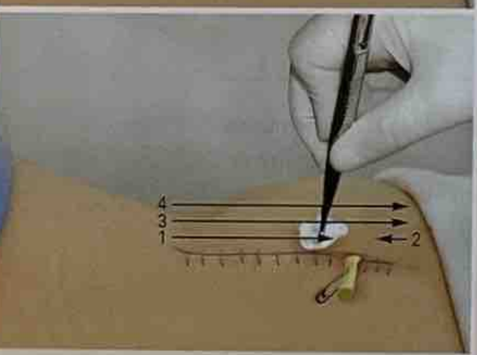
Étapes préexécutoires	Justifications
ÉVALUATION	
15 **Évaluer les caractéristiques du pansement** (type, taille, etc.).	Afin de planifier le type de matériel nécessaire et la quantité requise.
16 **Demander à la personne de ne pas toucher à la plaie ni au matériel stérile.** En cas de toux, lui faire porter un masque. **N'OUBLIEZ PAS** Il est essentiel de nettoyer efficacement la surface de travail avec une lingette désinfectante avant de procéder aux soins de plaies afin d'éviter tout risque de transmission d'agents pathogènes par le champ stérile.	Afin d'éviter la contamination de la plaie et du matériel stérile.
17 **Fixer le sac à déchets avec le ruban adhésif à l'extrémité de la table** qui sera placée entre la personne et le champ stérile. S'assurer d'avoir un accès au sac sans risque de contaminer le matériel stérile. **ALERTE CLINIQUE** **Risque de contamination** Afin de réduire les risques de contamination, il ne faut pas ouvrir le matériel stérile avant d'avoir retiré et jeté le pansement souillé.	Afin d'éviter de passer au-dessus du champ stérile pour jeter le matériel souillé.

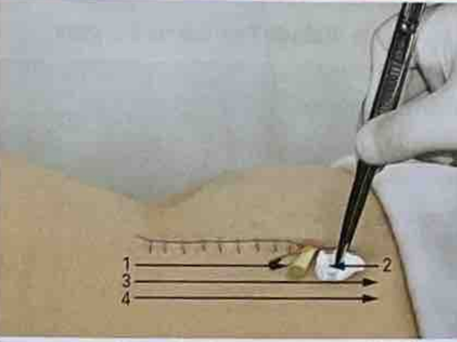
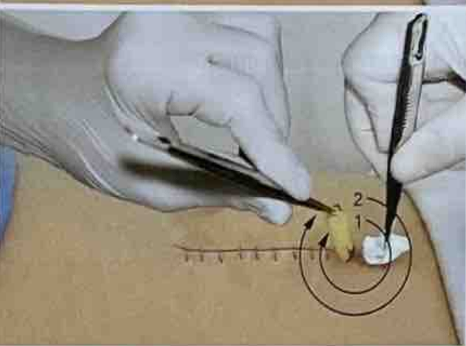
Étapes exécutoires	Justifications
18 **Procéder au retrait du pansement** en suivant les étapes ci-après.	
18.1 **Mettre des gants non stériles.** **N'OUBLIEZ PAS** Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.	Pour se protéger de l'exsudat de la plaie et éviter la transmission d'agents pathogènes.
18.2 **Enlever délicatement la bande adhésive qui maintient le pansement** en la tirant parallèlement à la peau, de la personne vers la plaie (en direction du pansement).	Afin de réduire la tension exercée sur le drain et de moins incommoder la personne.
18.3 **Enlever le pansement avec soin, une couche à la fois, en veillant à ne pas déloger le drain.**	Afin d'éviter le déplacement ou le retrait accidentel du drain.

Étapes exécutoires	Justifications
 **ÉVALUATION**	
18.4 **Inspecter le pansement et noter la quantité, la qualité et l'odeur de l'exsudat.**	Afin d'évaluer la nature de l'exsudat.
18.5 **Jeter le pansement et les gants dans le sac à déchets.**	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
 **ÉVALUATION**	
19 **Évaluer l'apparence du site d'insertion du drain ainsi que de la peau environnante** et noter la présence de macération ou de signes d'inflammation ou d'infection.	Afin de dépister rapidement la présence de macération de la peau, ce qui est fréquent avec ce type de drain.
20 **Ouvrir le nécessaire à pansements stérile ou le champ stérile** (*voir la méthode 1.3, à la page 18*). Ajouter sur le champ stérile le matériel manquant selon le type de plaie, la quantité d'exsudat et le nettoyage. Attention à ne pas contaminer le champ stérile en y déposant le matériel.  **ALERTE CLINIQUE** — **Manipulation contre-indiquée des compresses** Si les compresses pour drain ne sont pas disponibles, il ne faut jamais couper des compresses régulières, car elles s'effilochent, et des fils de compresse pourraient se retrouver dans la plaie. Il est préférable d'utiliser une compresse régulière pliée en deux, de chaque côté du drain de Penrose, et de recouvrir le tout avec des compresses non pliées.	Afin d'avoir une surface de travail stérile où disposer le matériel stérile.
21 **Ouvrir la bouteille de solution antiseptique ou nettoyante.**  **N'OUBLIEZ PAS** Si la solution nettoyante utilisée est du NaCl 0,9 % ou de l'eau stérile, il faut indiquer la date et l'heure sur la bouteille, car ce type de solution est considéré comme stérile seulement pendant les 24 heures suivant son ouverture.	Afin qu'elle soit prête pour verser la solution dans le compartiment une fois le champ stérile préparé.
22 **Disposer de manière stérile le matériel sur le champ stérile.** Si le nécessaire à pansements contient une pince, utiliser celle-ci pour disposer le matériel sur le champ. Si le nécessaire à pansements ne contient aucune pince, mettre un premier gant stérile à la main dominante, puis disposer le matériel sur le champ.  Placer le matériel de façon à ne pas le mouiller au moment de verser la solution sur les compresses.	Afin de libérer le compartiment où sera versée la solution.

Étapes exécutoires	Justifications
23 **Verser délicatement la solution antiseptique ou nettoyante dans le compartiment principal du plateau.** Si l'étape 22 a été effectuée avec le port d'un premier gant stérile, utiliser la main non gantée pour prendre la bouteille de solution.	Car si des éclaboussures de solution sont projetées sur le champ stérile (même plastifié), les agents pathogènes présents sur la table pourraient traverser le champ et contaminer le matériel.
24 **Mettre des gants stériles.** Si un premier gant stérile a été mis à l'étape 22, mettre l'autre gant stérile. **N'OUBLIEZ PAS !** Les gants stériles mouillés peuvent laisser passer des micro-organismes, des mains vers l'extérieur des gants. Il est donc recommandé d'utiliser les pinces pour manipuler les compresses imbibées de solution antiseptique ou nettoyante.	Afin de pouvoir procéder au nettoyage de manière stérile.
25 **Procéder au nettoyage de la plaie chirurgicale avec drain de Penrose** en suivant les étapes ci-après.	
25.1 **Prendre une pince stérile dans chaque main et saisir une compresse imbibée de solution,** la tordre et la prendre aux quatre coins pour en faire un baluchon. 	Afin de manipuler les compresses sans les contaminer.
25.2 **Nettoyer la plaie en changeant de compresse à chaque nettoyage** et en veillant à couvrir toute la surface qui sera recouverte par le pansement. **N'OUBLIEZ PAS**  Il faut toujours nettoyer la plaie en allant de la région la moins contaminée vers la région la plus contaminée, c'est-à-dire du centre de la plaie vers les parties latérales de la plaie.	Afin de ne pas contaminer une partie de la plaie avec les souillures présentes sur la compresse utilisée.
Drain non inséré dans la ligne d'incision	
25.2.1 Nettoyer d'abord la ligne d'incision, du haut vers le bas (1). Ensuite, nettoyer les parties latérales de l'incision, du haut vers le bas et du centre vers l'extérieur (2 à 7). 	Car en présence d'un drain de Penrose, la ligne d'incision est considérée comme stérile, alors que le drain est considéré comme contaminé.

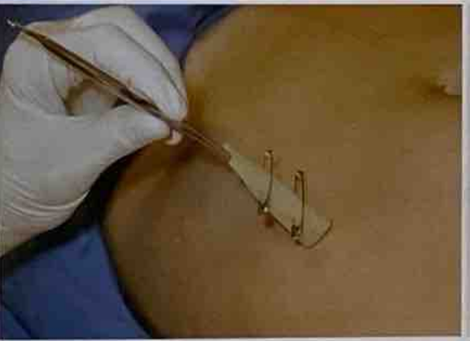
MS 10.6

Étapes exécutoires		Justifications
25.2.2 Saisir le drain de la main non dominante avec une compresse stérile sèche ou une pince stérile et nettoyer le site d'insertion du drain en effectuant des mouvements circulaires autour du drain, du centre vers la périphérie.		
Drain inséré dans la ligne d'incision		
25.2.3 Nettoyer la ligne d'incision au-dessus du drain, du haut vers le drain.		Car en présence d'un drain de Penrose, la ligne d'incision est considérée comme stérile, alors que le drain est considéré comme contaminé.
25.2.4 Nettoyer la ligne d'incision au-dessous du drain, du bas vers le drain.		
25.2.5 Nettoyer la partie latérale supérieure comme suit. • Nettoyer cette partie en partant du haut vers le drain (1), puis en partant du bas vers le drain (2). • Poursuivre le nettoyage en allant du haut vers le bas et du centre vers l'extérieur (3 et 4).		

Étapes exécutoires		Justifications
25.2.6 Répéter la procédure pour la partie latérale inférieure.		
25.2.7 Saisir le drain de la main non dominante avec une compresse stérile sèche ou une pince stérile et nettoyer le site d'insertion du drain en effectuant des mouvements circulaires autour du drain, du centre vers la périphérie.		

SITUATION CLINIQUE

Lorsque vous avez terminé de nettoyer le site d'insertion, vous remarquez, en jetant la compresse utilisée pour tenir le drain, qu'elle est souillée de liquide drainé, ainsi que votre gant. Que faites-vous ?

Étapes exécutoires		Justifications
26 **Procéder à la traction d'un drain de Penrose** en suivant les étapes ci-après.		
26.1 **Saisir le drain au niveau du site d'insertion** avec une pince stérile ou avec une compresse sèche stérile, **le tirer de la longueur prescrite et le maintenir.**		Afin de maintenir la stérilité du site et des gants en plus d'assurer une prise adéquate. Afin d'éviter également que le drain glisse pendant la manœuvre à cause de l'exsudat.
26.2 De la main dominante, **insérer une épingle de sûreté stérile juste au-dessus de la peau** en utilisant, au besoin, une pince hémostatique.		Afin d'éviter le déplacement du drain au moment de l'insertion de l'épingle. L'épingle empêchera le drain de glisser à l'intérieur de la plaie et dans la cavité sous-jacente du corps.
26.3 **Couper le drain** avec des ciseaux stériles **à environ 2,5 cm au-dessus de la nouvelle épingle de sûreté.**		Afin de retirer la partie non nécessaire au drainage.

MS 10.6

Étapes exécutoires	Justifications
27 **Procéder à l'installation d'un sac collecteur sur le drain de Penrose ou à la pose d'un pansement simple,** selon le cas. **27.1** Installer un sac collecteur sur un drain de Penrose. **27.2** Appliquer un pansement simple.	
27.1 Installer un sac collecteur sur un drain de Penrose. **N'OUBLIEZ PAS !** Avant d'installer le sac, il faut s'assurer de bien fermer le robinet de vidange avec le système adapté afin d'éviter tout écoulement accidentel au moment de l'installation.	
27.1.1 Mesurer la taille du drain et découper une ouverture dans la collerette du sac collecteur.	Afin de permettre l'insertion du drain dans le sac collecteur.
27.1.2 Retirer la pellicule couvrant la collerette, saisir une pince stérile ou mettre un nouveau gant stérile et insérer le drain dans l'ouverture, puis coller la collerette sur la peau autour du drain. La collerette doit être collée adéquatement sur la peau et adaptée à la taille du drain afin que les liquides s'écoulant de celui-ci n'entrent pas en contact avec la peau environnante de la personne.	Car la collerette protège la peau contre l'irritation causée par l'exsudat et prévient la macération de la peau.
27.1.3 Installer le sac collecteur sur la collerette en insérant la bordure rigide du sac dans celle de la collerette. S'assurer que les deux bordures sont bien fixées l'une à l'autre.	Afin d'assurer l'étanchéité du système.
27.1.4 Retirer les gants et les jeter dans le sac à déchets. Passer à l'étape **28**.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes exécutoires		Justifications
27.2 Appliquer un pansement simple.		
27.2.1 Appliquer quatre compresses pour drain sur le site d'insertion en alternant leur ouverture vers le haut et vers le bas à chaque compresse.		Afin de couvrir toute la région du site d'insertion et d'assurer une meilleure absorption de l'exsudat.
27.2.2 Recouvrir le site de plusieurs compresses stériles et appliquer un coussinet.		Afin d'absorber une plus grande quantité d'exsudat.
27.2.3 Retirer les gants et les jeter dans le sac à déchets.		Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
27.2.4 Fixer le pansement en appliquant une bande adhésive extensible sur le coussinet et les compresses. S'assurer que la bande adhésive recouvre entièrement les compresses et dépasse leur pourtour d'au moins 2 cm.	 	Afin de prévenir tout décollement accidentel du pansement et toute infiltration sous le pansement.
28 **Jeter le sac à déchets dans un sac à déchets biomédicaux.**		Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
29 à **33** Effectuer les étapes **A** à **E** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	

ÉVALUATION



34 **Surveiller l'apparition de manifestations cliniques d'infection** (fièvre, frissons, douleur). Le cas échéant, en aviser le médecin et procéder à une culture de plaie selon la politique de l'établissement (*voir la méthode 10.7, à la page 623*).	Car ces manifestations peuvent indiquer une infection de la plaie.

ALERTE CLINIQUE

Signes et symptômes à signaler

Il faut aviser le médecin traitant ou l'infirmière responsable de la personne s'il y a œdème, rougeur, chaleur, douleur, exsudat purulent ou nauséabond, saignement anormal ou toute anomalie au site d'insertion du drain.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La quantité et les caractéristiques de l'exsudat qu'a absorbé le pansement souillé.
- L'apparence du site d'insertion du drain et les caractéristiques de l'exsudat.
- Le type et la quantité de pansements utilisés.
- La réaction (tolérance, douleur) de la personne et sa collaboration.
- Tout écoulement important ou signe d'infection au site d'insertion. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Elias Bento **Dossier 664482**

2021-07-16 10:00 Pans. abdo souillé 75 % liquide séreux. Nettoyé c̄ NS. Plaie rosée, absence de macération. Drain de Penrose retiré de 2 cm, épingle de sureté en place. Pans. : 4 comp. drain 4 × 4 + 1 coussinet abdo, et Hypafix. Procédure bien tolérée. Ø douleur. Guerlande Alexis, inf.

Notes



Culture de plaie par écouvillonnage

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. Vérifier l'ordonnance médicale.
3. **Évaluer le degré de douleur de la personne et administrer au besoin un analgésique 30 minutes avant de commencer les soins.**
4. **Vérifier si la personne présente des allergies aux agents topiques.**
5. Rassembler tout le matériel nécessaire.
6. Procéder à l'hygiène des mains.
7. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
8. Expliquer la procédure de soins à la personne.
9. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
10. Assurer le maintien d'un environnement propre.
11. Assurer l'intimité de la personne.
12. Régler la hauteur du lit.
13. **Évaluer le degré de confort de la personne en position d'accès et sa capacité à garder cette position.**
14. **Découvrir uniquement la région du corps où se trouve la plaie.**
15. **Évaluer les caractéristiques du pansement.**
16. **Demander à la personne de ne pas toucher à la plaie ni au matériel stérile.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

17. **Retirer le pansement existant.**
18. **Procéder au nettoyage de la plaie.**
19. **En présence de tissus nécrotiques ou de débris, procéder à un débridement.**
20. **Déterminer une zone de 1 cm^2 sur le lit de la plaie qui présente du tissu de granulation.**
21. **Ouvrir l'emballage contenant l'écouvillon et retirer celui-ci en le manipulant par le bouchon.**
22. **Déposer l'extrémité recouverte de coton au centre de la zone de prélèvement de 1 cm^2 et tourner l'écouvillon sur lui-même pendant au moins 5 secondes.**
23. **Insérer délicatement l'écouvillon dans son tube de transport stérile en évitant tout contact de l'extrémité.**
24. **Fermer hermétiquement le tube de transport stérile avec le bouchon.**
25. **Apposer sur le tube une étiquette portant le nom de la personne et son numéro de dossier.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

26. Réinstaller la personne dans le lit.
27. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
28. Procéder à l'hygiène des mains.
29. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
30. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.
31. **Identifier une requête de laboratoire de microbiologie au nom de la personne et y indiquer le type et le site de prélèvement.**
32. **Acheminer le plus rapidement possible l'échantillon au laboratoire.**

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

SITUATION CLINIQUE

ALAIN LÉTOURNEAU, 60 ans, a subi une chirurgie cardiaque il y a 1 semaine. La plaie au thorax présente un exsudat jaunâtre et malodorant au tiers inférieur. Vous avez avisé le chirurgien, qui a retiré une agrafe et ouvert la plaie de 1 cm^2. De plus, il a prescrit de faire un pansement avec une mèche antimicrobienne à base d'argent recouverte d'un pansement mousse hydrocellulaire et d'effectuer une culture de plaie.

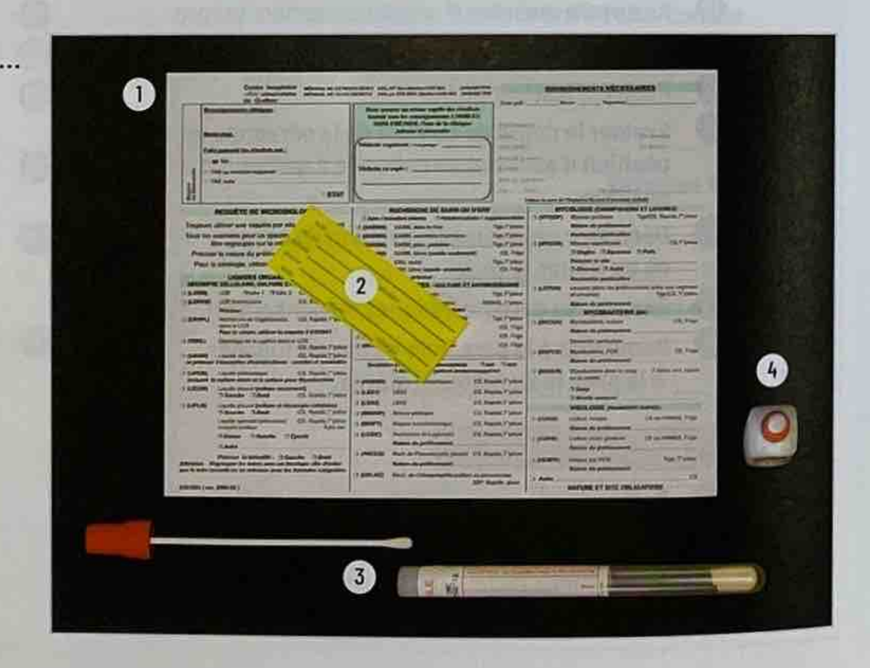
Notions de base

La culture de plaie par écouvillonnage est une intervention non invasive qui sert à identifier les microorganismes composant la charge microbienne et ses composantes. Elle peut être réalisée sous ordonnance médicale individuelle ou collective ou encore par une infirmière détenant le droit de prescrire. Elle ne devrait pas être utilisée d'emblée en soins de plaies, mais uniquement lorsque la plaie présente des manifestations cliniques d'infection : rougeur diffuse, chaleur, exsudat, sensation de pression et de douleur causée par l'œdème, douleur à la palpation douce ou réduction de la mobilité. Habituellement, un pansement antimicrobien sera appliqué sur la plaie en attendant les résultats de la culture, qui permettront de déterminer le pathogène en cause.

Avant de procéder, il est important de bien comprendre les différentes étapes du processus infectieux : la contamination, la colonisation, l'infection locale, la propagation de l'infection et l'infection systémique (Orsted, Keast, Forest-Lalande *et al.*, 2018).

Matériel

- Requête d'analyse de laboratoire ❶
- Étiquette d'identification ❷
- Écouvillon stérile ❸
- Solution de NaCl 0,9 % ou d'eau stérile ❹



Étapes préexécutoires	Justifications
1 et **2** Effectuer les étapes **A** et **B** présentées à la page 1 (étapes préexécutoires générales).	
 ÉVALUATION	
3 **Évaluer le degré de douleur de la personne et administrer au besoin un analgésique** conformément à l'ordonnance **30 minutes avant de commencer les soins.**	Car une forte douleur incommodera la personne et nuira à sa collaboration. L'administration d'un analgésique doit se faire assez tôt pour que le pic d'action soit atteint au moment de la procédure.
4 **Vérifier si la personne présente des allergies aux agents topiques.** Le cas échéant, prévoir un équivalent sans allergène.	Afin de favoriser la guérison de la plaie et le confort de la personne.
5 à **12** Effectuer les étapes **C** à **J** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
 ÉVALUATION	
13 **Évaluer le degré de confort de la personne en position d'accès** à la région de la plaie **et sa capacité à garder cette position** pendant toute la procédure.	Afin de prévoir de l'aide au besoin.
14 **Découvrir uniquement la région du corps où se trouve la plaie.**	Afin de respecter la pudeur de la personne.
 ÉVALUATION	
15 **Évaluer les caractéristiques du pansement** (type, taille, etc.).	Afin de planifier le type de matériel nécessaire et la quantité requise.
16 **Demander à la personne de ne pas toucher à la plaie ni au matériel stérile.** En cas de toux, lui faire porter un masque.	Afin d'éviter la contamination de la plaie et du matériel stérile.

Étapes exécutoires	Justifications
17 **Retirer le pansement existant** en respectant la méthode de soins.	Afin de bien visualiser la plaie.
18 **Procéder au nettoyage de la plaie** à l'aide de NaCl 0,9 % ou d'eau stérile, selon le cas.	Afin d'éliminer les agents pathogènes de surface et de prélever ceux qui adhèrent au lit de la plaie.

ALERTE CLINIQUE

Culture de plaie et désinfection

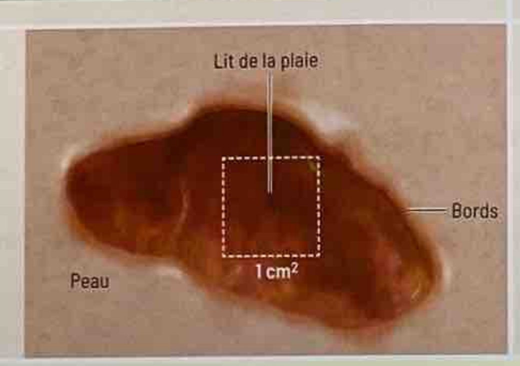
Si le plan de traitement de la plaie prévoit un nettoyage avec une solution antiseptique, il faut faire la culture de plaie avant de procéder au nettoyage, car celui-ci détruira les bactéries nécessaires à la culture. Il faut alors nettoyer la plaie au NaCl 0,9 %, puis faire la culture de plaie. Une fois la culture réalisée, la plaie peut être nettoyée avec l'antiseptique approprié.

Étapes exécutoires	Justifications
19 **En présence de tissus nécrotiques ou de débris,** et si la personne présente une bonne vascularisation au site de la plaie, **procéder à un débridement.**	Car ces tissus présentent une charge microbienne qui pourrait fausser les résultats de la culture.

N'OUBLIEZ PAS 

Après un débridement, il faut procéder de nouveau à un nettoyage de la plaie afin d'éliminer toute trace de tissus débridés avant d'effectuer la culture.

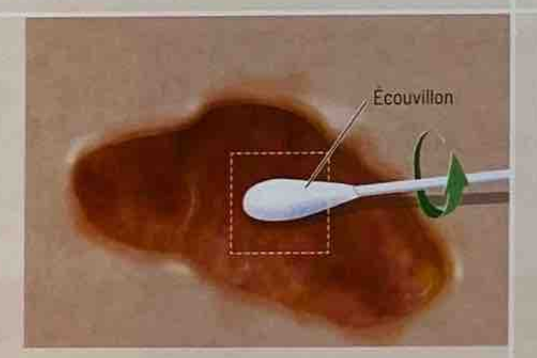
20 **Déterminer une zone de 1 cm² sur le lit de la plaie qui présente du tissu de granulation.** Cette zone est appelée « site de prélèvement ».	Car une petite zone est nécessaire pour que l'écouvillon ne touche qu'à un endroit unique facilement repérable.



SITUATION CLINIQUE

Comment allez-vous déterminer le site de prélèvement de la plaie de monsieur Létourneau ?

21 **Ouvrir l'emballage contenant l'écouvillon et retirer celui-ci en le manipulant par le bouchon.** Ne pas toucher à l'extrémité recouverte de coton.	Afin d'éviter de contaminer l'écouvillon, ce qui pourrait fausser les résultats.
22 **Déposer l'extrémité recouverte de coton au centre de la zone de prélèvement de 1 cm² et tourner l'écouvillon sur lui-même** (rotation de 360°) **pendant au moins 5 secondes,** tout en appliquant une pression suffisante pour imbiber le coton d'exsudat.	Car la rotation facilite la saturation d'exsudat dans le coton et la pression permet de faire sortir une petite quantité d'exsudat de la plaie.



ALERTE CLINIQUE

Risque d'altération des résultats

L'écouvillon ne doit pas être déplacé dans la plaie ; il doit toujours rester au même endroit dans la zone de prélèvement, sinon le résultat sera faussé.

23 **Insérer délicatement l'écouvillon dans son tube de transport stérile en évitant tout contact de l'extrémité** recouverte de coton avec les doigts, la surface extérieure du tube et tout autre objet. Le cas échéant, refaire le prélèvement.	Car tout contact de l'écouvillon avec une surface contamine celui-ci.
24 **Fermer hermétiquement le tube de transport stérile avec le bouchon.**	Afin d'éviter toute contamination de l'échantillon.
25 **Apposer sur le tube une étiquette portant le nom de la personne et son numéro de dossier** (après vérification de son bracelet).	Afin d'assurer une analyse du bon prélèvement au laboratoire.

Étapes postexécutoires	Justifications
26 à **30** Effectuer les étapes **A** à **E** présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
31 **Identifier une requête de laboratoire de microbiologie au nom de la personne et y indiquer le type et le site de prélèvement.**	
Ajouter, s'il y a lieu, toute antibiothérapie ou tout pansement ou produit de soins de plaies antimicrobiens (pansements à base d'argent, de cadexomère d'iode, etc.) utilisés pour la personne.	Car la prise d'un antibiotique peut fausser le résultat de la culture. Il est donc préférable de faire la culture avant d'amorcer une antibiothérapie.
32 **Acheminer le plus rapidement possible l'échantillon au laboratoire** de microbiologie.	Afin de procéder le plus rapidement possible à son analyse.

N'OUBLIEZ PAS



Les résultats d'une culture par écouvillonnage sont disponibles de 48 à 72 heures après le prélèvement en raison du temps nécessaire aux bactéries pour se développer sur la gelée de Petri.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- La date et l'heure du prélèvement.
- Les caractéristiques de l'exsudat.
- La réaction de la personne et sa collaboration.
- Toute réaction anormale ou indésirable survenue pendant ou après la procédure. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Alain Létourneau **Dossier 664179**

2021-07-13	09:00	Plaie thoracique c̄ exsudat jaunâtre et malodorant au tiers inférieur. Chirurgien avisé.
2021-07-13	09:30	Visite du Dr R. Carrier, plaie ouverte de ± 1 cm de diamètre et de 2 cm de profondeur. Irriguée c̄ NS ad retour de liquide clair. Ø douleur pendant nettoyage. Culture de plaie faite. Mèche 1 × 4 cm antimicrobienne à base d'argent insérée. Douleur 2/10 à l'insertion. Pans. fermé c̄ 4 comp. 4 × 4, + Hypafix. Procédure bien tolérée. Annie Champlain, inf.



Retrait des points de suture ou des agrafes et installation de sutures adhésives

RÉSUMÉ DES ÉTAPES

ÉTAPES PROPRES À LA MÉTHODE

ÉTAPES PRÉEXÉCUTOIRES

1. Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).
2. **Vérifier s'il y a une ordonnance précise concernant le retrait des points ou des agrafes.**
3. **Évaluer le degré de douleur de la personne et administrer au besoin un analgésique 30 minutes avant de commencer les soins.**
4. **Vérifier si la personne présente des allergies aux agents topiques.**
5. Rassembler tout le matériel nécessaire.
6. Procéder à l'hygiène des mains.
7. Vérifier le bracelet d'identité de la personne et procéder à la double vérification.
8. Expliquer la procédure de soins à la personne.
9. Approcher la surface de travail, la désinfecter et y disposer le matériel.
10. Assurer le maintien d'un environnement propre.
11. Assurer l'intimité de la personne.
12. Régler la hauteur du lit.
13. **Évaluer le degré de confort de la personne en position d'accès et sa capacité à garder cette position.**
14. **Découvrir uniquement la région du corps où se trouve la plaie.**
15. **Évaluer la plaie et l'évolution de la cicatrisation.**
16. **Demander à la personne de ne pas toucher à la plaie ni au matériel stérile.**
17. **Déposer une compresse non stérile sur la table et l'approcher le plus près possible de la personne.**
18. **Fixer le sac à déchets avec le ruban adhésif à l'extrémité de la table.**

ÉTAPES EXÉCUTOIRES

19. **Nettoyer la plaie.**
20. **Mettre des gants non stériles.**
21. **Procéder au retrait des points de suture ou des agrafes.**
    - 21.1 **Retirer les points de suture.**
    - 21.2 **Retirer les agrafes.**
22. **Installer des sutures adhésives.**
    - 22.1 **Assécher la peau de chaque côté de la plaie.**
    - 22.2 **Appliquer un protecteur cutané.**
    - 22.3 **Coller une extrémité d'une suture adhésive sur un des côtés de l'incision.**
    - 22.4 **Tenir les bords de la plaie l'un près de l'autre et fixer l'autre extrémité de la suture adhésive sur l'autre côté de la plaie.**
23. **Si la plaie ne présente pas d'exsudat, la laisser à l'air libre et informer la personne de la laver à l'eau et au savon chaque jour.**
24. **Retirer les gants et les jeter dans le sac à déchets.**
25. **Jeter le sac à déchets dans un sac à déchets biomédicaux.**

ÉTAPES POSTEXÉCUTOIRES

26. Réinstaller la personne dans le lit.
27. Placer la cloche d'appel à la portée de la personne.
28. Procéder à l'hygiène des mains.
29. Consigner la méthode de soins exécutée dans les notes d'évolution.
30. Rédiger ou ajuster les constats et les directives au PTI, s'il y a lieu.
31. **Surveiller l'apparition de manifestations cliniques d'infection ou d'écoulement actif.**

SITUATION CLINIQUE

SYLVIA PERAZZA, 69 ans, a subi une chirurgie cardiaque il y a 5 jours. La plaie au thorax est intacte et propre. Vous devez procéder au retrait de la moitié des agrafes que vous remplacerez par des sutures adhésives.

Notions de base

Le retrait des points de suture ou des agrafes se fait de 3 à 21 jours après une chirurgie, selon le site de la plaie, et demande habituellement une ordonnance médicale. Le retrait peut être partiel ou complet, selon le degré de cicatrisation de l'incision, sa longueur ou son emplacement. L'utilisation de sutures adhésives est indiquée lorsque les bords de la plaie sont légèrement écartés ou insuffisamment cicatrisés, afin d'éviter toute déhiscence de la plaie.

Matériel

- Compresse non stérile ❶
- Deux pinces stériles ❷
- Pince à agrafes ou ciseaux à suture ❸
- Sutures adhésives ❹
- Sac à déchets (en plastique, de préférence) et ruban adhésif ❺
- Gants non stériles ❻
- Solution de NaCl 0,9 % ou toute autre solution prescrite ❼



Étapes préexécutoires	Justifications
1 Consulter le plan thérapeutique infirmier (PTI) et le plan de soins et de traitements infirmiers (PSTI).	
2 **Vérifier s'il y a une ordonnance précise concernant le retrait des points ou des agrafes.**	Car les particularités du retrait y seront précisées.
ÉVALUATION  **3** **Évaluer le degré de douleur de la personne et administrer au besoin un analgésique** conformément à l'ordonnance **30 minutes avant de commencer les soins.**	Car une forte douleur incommodera la personne et nuira à sa collaboration. L'administration d'un analgésique doit se faire assez tôt pour que le pic d'action soit atteint au moment de la procédure.

Étapes préexécutoires	Justifications
4 **Vérifier si la personne présente des allergies aux agents topiques.** Le cas échéant, prévoir un équivalent sans allergène.	Afin de favoriser la guérison de la plaie et le confort de la personne.
5 à **12** Effectuer les étapes **C** à **J** présentées aux pages 1 et 2 (étapes préexécutoires générales).	
ÉVALUATION	
13 **Évaluer le degré de confort de la personne en position d'accès** à la région de la plaie **et sa capacité à garder cette position** pendant toute la procédure.	Afin de prévoir de l'aide au besoin.
14 **Découvrir uniquement la région du corps où se trouve la plaie.**	Afin de respecter la pudeur de la personne.
ÉVALUATION	
15 **Évaluer la plaie et l'évolution de la cicatrisation.** Noter la présence d'inflammation ou d'infection.	Afin de s'assurer de la possibilité de procéder au retrait des points ou des agrafes.
16 **Demander à la personne de ne pas toucher à la plaie ni au matériel stérile.** En cas de toux, lui faire porter un masque.	Afin d'éviter la contamination de la plaie et du matériel stérile.
N'OUBLIEZ PAS Il est essentiel de nettoyer efficacement la surface de travail avec une lingette désinfectante avant de procéder aux soins de plaies afin d'éviter tout risque de transmission d'agents pathogènes par le champ stérile.	
17 **Déposer une compresse non stérile sur la table et l'approcher le plus près possible de la personne.**	Afin de facilement accéder à la compresse.
18 **Fixer le sac à déchets avec le ruban adhésif à l'extrémité de la table.** S'assurer d'avoir un accès au sac sans risque de contaminer le matériel stérile.	Afin d'éviter de passer au-dessus du matériel stérile pour jeter le matériel souillé.

Étapes exécutoires	Justifications
19 **Nettoyer la plaie.** Procéder à un nettoyage de manière stérile avec une solution de NaCl 0,9 % ou toute autre solution prescrite.	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes dans les espaces créés lors du retrait des sutures ou des agrafes.

Étapes exécutoires	Justifications
20 **Mettre des gants non stériles.** **N'OUBLIEZ PAS** Il faut procéder à l'hygiène des mains avant de mettre des gants et après les avoir retirés.	Afin de se protéger du sang pouvant s'écouler lors du retrait des agrafes et d'éviter la transmission d'agents pathogènes.
21 **Procéder au retrait des points de suture ou des agrafes,** selon le cas. **21.1** Retirer les points de suture. **21.2** Retirer les agrafes.	
21.1 Retirer les points de suture.	
21.1.1 Tenir la pince de la main non dominante et saisir le nœud du point, puis le soulever légèrement.	Afin d'obtenir l'espace nécessaire pour insérer l'extrémité du ciseau à suture.
21.1.2 Prendre le ciseau à suture de la main dominante et glisser sa partie courbée sous le point, puis couper le fil le plus près possible du point d'insertion dans la peau.	Couper le fil près de la peau évite que la partie extérieure du fil entre à l'intérieur de la plaie et la contamine.
21.1.3 Retirer le point en tirant le nœud avec la pince. Déposer le nœud sur la compresse non stérile sur la table pour en faciliter le décompte.	Afin de retirer le fil du point sans que sa partie extérieure pénètre à l'intérieur de la plaie.

Étapes exécutoires	Justifications
21.1.4 Répéter les étapes 21.1.1 à 21.1.3 selon le type de retrait. a) Retrait total : Enlever tous les points de suture. b) Retrait partiel : Commencer par le deuxième point, puis enlever un point sur deux (2ᵉ, 4ᵉ, 6ᵉ, 8ᵉ, etc.). Le retrait partiel peut aider à prévenir certaines complications.	

N'OUBLIEZ PAS 

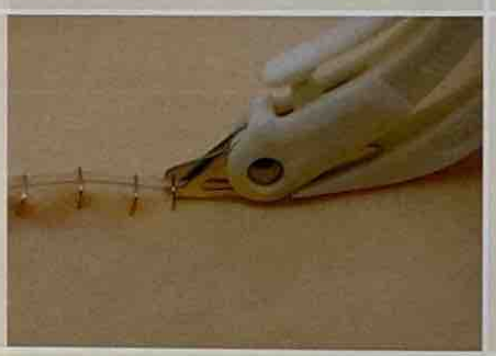
Lors d'un retrait total des points de suture, il faut d'abord retirer la moitié des points de suture (un sur deux) et installer des sutures adhésives avant de procéder au retrait de la dernière moitié des points de suture. Cette méthode peut aider à prévenir certaines complications.

Étapes exécutoires	Justifications
21.1.5 Jeter les sutures et la compresse non stérile dans le sac à déchets. Jeter les pinces et les ciseaux dans le contenant biorisque. Passer à l'étape 22 ou à l'étape 23, selon le cas.	Afin d'éviter la transmission d'agents pathogènes et le risque de blessures accidentelles.

ALERTE CLINIQUE

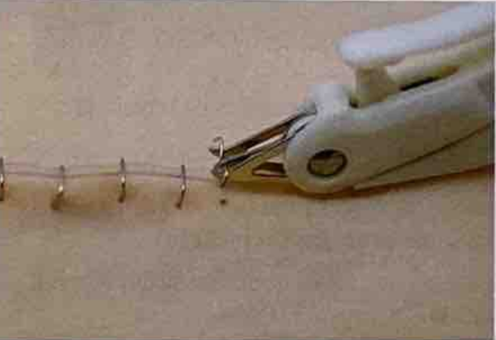
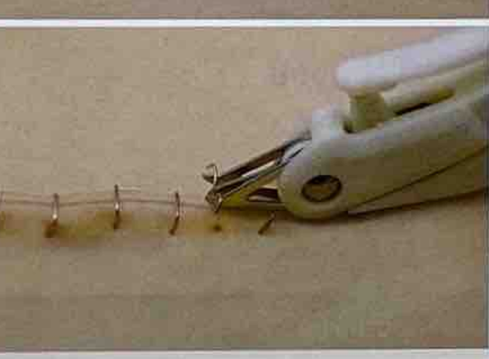
Exsudat, déhiscence ou éviscération

Il faut signaler tout exsudat ou tout signe de déhiscence ou d'éviscération de la plaie au médecin traitant ou à l'infirmière responsable de la personne.

Étapes exécutoires	Justifications
21.2 Retirer les agrafes.	
21.2.1 Saisir la pince à agrafes de la main dominante, l'ouvrir et la glisser sous la partie centrale d'une agrafe. 	Afin que la partie supérieure de la pince soit au centre de l'agrafe.

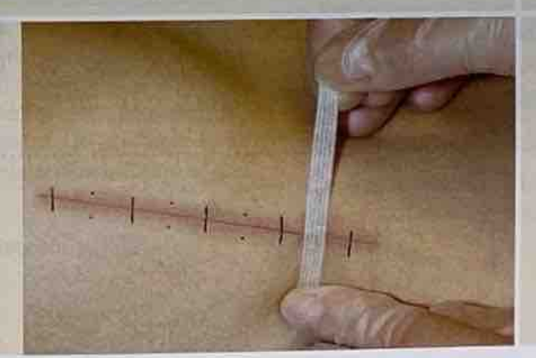
SITUATION CLINIQUE

Le retrait des agrafes se déroule correctement jusqu'à la quatrième agrafe, qui n'est pas positionnée comme les autres. Elle est fixée très serrée sur le côté, et vous n'arrivez pas à insérer la pince sous l'agrafe. Que faites-vous ?

Étapes exécutoires	Justifications
21.2.2 Refermer doucement la pince sur l'agrafe afin d'en soulever les extrémités simultanément. Déposer l'agrafe sur la compresse non stérile sur la table pour en faciliter le décompte. 	Car plus les extrémités de l'agrafe sont soulevées, plus son retrait est facile.
21.2.3 Répéter les étapes 21.2.1 et 21.2.2 selon le type de retrait. a) Retrait total : Enlever toutes les agrafes. b) Retrait partiel : Commencer par la deuxième agrafe, puis enlever une agrafe sur deux (2ᵉ, 4ᵉ, 6ᵉ, 8ᵉ, etc.). Le retrait partiel peut aider à prévenir certaines complications. 	

N'OUBLIEZ PAS 

Lors d'un retrait total des agrafes, il faut d'abord retirer la moitié des agrafes (une sur deux) et installer des sutures adhésives avant de procéder au retrait de la dernière moitié des agrafes. Cette méthode peut aider à prévenir certaines complications.

Étapes exécutoires	Justifications
21.2.4 Jeter les agrafes et la compresse non stérile dans le sac à déchets. Jeter les pinces dans le contenant biorisque. Passer à l'étape 22 ou à l'étape 23, selon le cas.	Afin d'éviter la transmission d'agents pathogènes.
22 Installer des sutures adhésives.	
22.1 **Assécher la peau de chaque côté de la plaie** sur une surface d'environ 6 cm.	Afin d'assurer l'adhérence des sutures adhésives à la peau.
22.2 Au besoin, **appliquer un protecteur cutané.**	Afin de protéger la peau et de prolonger l'adhérence des sutures adhésives.
22.3 **Coller une extrémité d'une suture adhésive sur un des côtés de l'incision** et maintenir une pression ferme.	Afin d'assurer une adhérence adéquate sur les bords de la plaie.
22.4 **Tenir les bords de la plaie l'un près de l'autre et fixer l'autre extrémité de la suture adhésive sur l'autre côté de la plaie** en pressant fermement sur la deuxième moitié de la suture adhésive. 	Afin de favoriser l'accolement des bords de la plaie et leur maintien en place. Alterner la pression de chaque côté favorise l'adhérence des bords de la plaie tout en maintenant une pression uniforme sur cette dernière.

Étapes exécutoires	Justifications
Poser une autre suture adhésive en collant d'abord la première extrémité sur l'autre côté de l'incision. Installer les autres sutures adhésives de façon que les bords de la plaie se touchent, mais ne se chevauchent pas.	
23 **Si la plaie ne présente pas d'exsudat, la laisser à l'air libre et informer la personne de la laver à l'eau et au savon doux chaque jour** et de bien l'assécher. Si un écoulement se produit à la suite du retrait des points de suture ou des agrafes, faire un pansement simple (*voir la méthode 10.2, à la page 573*).	Afin de favoriser sa guérison.
24 **Retirer les gants et les jeter dans le sac à déchets.**	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.
25 **Jeter le sac à déchets dans un sac à déchets biomédicaux.**	Afin d'éviter la propagation d'agents pathogènes.

Étapes postexécutoires	Justifications
26 à 30 Effectuer les étapes A à E présentées à la page 3 (étapes postexécutoires générales).	
ÉVALUATION 	
31 **Surveiller l'apparition de manifestations cliniques d'infection** (fièvre, frissons, douleur) **ou d'écoulement actif.** Le cas échéant, en aviser le médecin et procéder à une culture de plaie selon la politique de l'établissement (*voir la méthode 10.7, à la page 623*).	Car ces manifestations peuvent indiquer une infection de la plaie.

ÉLÉMENTS À CONSIGNER DANS LES NOTES D'ÉVOLUTION

- L'apparence de la plaie.
- La réaction (tolérance, douleur) de la personne et sa collaboration.
- Tout saignement ou écoulement anormal. **Il faut également transmettre cette donnée au médecin traitant et à l'infirmière responsable de la personne.**

NOTES D'ÉVOLUTION

Sylvia Perazza **Dossier 118846**

2021-07-16 10:00 Plaie sternale intacte, bords bien accolés. Nettoyée c̄ NS. Agrafes 1/2 retirées, inconfort au retrait de 4e agrafe. Sutures adhésives installées en alternance avec agrafes restantes. Ø exsudat. Procédure bien tolérée, Ø douleur. Éric Tremblay, inf.

SOURCES ICONOGRAPHIQUES

Photos : Patrice Gagnon (L'Imagier) sauf mentions répertoriées par section ci-dessous.

Retouches photos : Carole Beaupré et Sophie Jacopin.

Introduction

p. 2 (étape G): AlexandrVedmed/iStockphoto.

Section 1

p. 14 (étapes 2.3 et 2.4): Slbuckler/Wikipedia (sous licence Creative Commons Attribution-Share Alike 4.0 International, https://commons.wikimedia.org/wiki/File:How_to_don_sterile_gloves.pdf); **p. 25** (lunettes de protection): © Aninna847/Dreamstime.com; **p. 25** (visière): Maridav/Shutterstock.com; **p. 25** (blouse de protection): Picture of an isolation gown. © 2021 USL Medical.

Illustrations : Sophie Jacopin (**p. 20**, étape 4.1.2; **p. 29**, étapes 9.1.1, 9.1.3, 9.3.1; **p. 30**, étape 9.3.2; **p. 33**).

Section 2

p. 39 (shampoing sec): New Africa/Shutterstock.com; **p. 71** (canne quadripode): xiaorui/Shutterstock.com; **p. 71** (canne): LarisaL/Shutterstock.com; **p. 80** (marchette sans roues): pikepicture/Shutterstock.com; **p. 80** (marchette avec roues): Vereshchagin Dmitry/Shutterstock.com; **p. 96** (haut): Span-American; **p. 96** (bloc de poussée): Gracieuseté de Bed Block; **p. 96, 105** et **106** (botte de décharge): Reproduit avec la permission de Walgreen Health Solutions, LLC; **p. 102** (étape 19.3.5): Daniela Pelazza/Shutterstock.com; **p. 115**: Copyright © by SEGUFIX®-Bandagen, Das Humane System GmbH & Co. KG; MS 2.11, **p. 3** (fauteuil roulant): artstorm/iStockphoto; MS 2.12, **p. 13** (lève-personne): Avec la permission de la maison André Viger inc.; **p. 13** (toile hamac, toile double-cuissarde ou toile en U): Les Distributions Solumed Inc.; MS 2.13, **p. 22** (verticalisateur sur roues avec ou sans courroie de soutien): ReTurn7600 Sit-to-Stand Aid, Manufactured by Direct Healthcare Group, distributed in Canada by Handicare; **p. 22** (verticalisateur sur roues avec appui-fesses): Lumex Stand Assist LF1600; MS 2.14, **p. 29** (planches de transfert): © Medicare System transfer board (medicaresystem.net).

Illustrations : Michel Rouleau (**p. 52**) et Sophie Jacopin (**p. 75**, bas; **p. 76**; **p. 77**; MS 2.11, **p. 8**; MS 2.13, étape 20.4; **p. 26**).

Section 3

p. 129 et **135** (thermomètre tympanique): Anna Stasevska/Shutterstock.com; **p. 129** (gaine protectrice jetable): ©2021 Medline Industries, Inc. All rights reserved. Medline is a registered trademark of Medline Industries, Inc.; **p. 136:** Bangkoker/Shutterstock.com; **p. 154** (ouates): cveltri/iStockphoto; **p. 156,** saturométrie au doigt : Dmitry Naumov/Shutterstock.com; saturométrie à l'orteil : dblight/iStockphoto; saturométrie au lobe d'oreille : DIOMEDIA/BSIP/Medical Images; saturométrie sur le front : Maniki_rus/Shutterstock.com; **p. 139, 147, 154** et **160** (formulaire): Formulaire AH-261 Paramètres fondamentaux (Signes vitaux - Adultes). Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec.

Illustrations : Pat Tomas (**p. 143**) et Sophie Jacopin (**p. 151**).

Section 4

p. 179 (ouates): cveltri/iStockphoto; **p. 182** (étape 22): aabejon/iStockphoto; **p. 188** (étape 17) et **p. 201** (étape 18): Image Source/iStockphoto; **p. 190** (étape 23): Carolina K. Smith MD/Shutterstock.com; **p. 191** (étape 24.1.2): Tatiana Chekryzhova/Shutterstock.com.

Illustration : Sophie Jacopin (**p. 175**).

Section 5

p. 257 (haricot): PixelSquid3d/Shutterstock.com; **p. 257** (verre): Alex SG/Shutterstock.com; **p. 304** (crayon): Yanas/Shutterstock.com.

Illustrations : Michel Rouleau (**p. 231** et **232**) et Sophie Jacopin (**p. 253**; **p. 289**, étape 28.2.6; **p. 298**, étape 29.1.5; **p. 299**, étapes 29.2.3 et 29.2.5; **p. 324**, étape 19.1.6; **p. 327**, étape 19.2.11; **p. 328**).

Section 6

p. 334 (cathéter): Copyright Groupe Soins Intensifs; **p. 345** : suwinai sukanant/Alamy Stock Photo; **p. 350** : Medical Images/Ansell Horn.

Illustration : Sophie Jacopin (**p. 359**, étape 16.4.6).

Section 7

p. 375 et **383** (haricot): PixelSquid3d/Shutterstock.com; **p. 375** et **383** (verre jetable): Alex SG/Shutterstock.com.

Illustrations : Sophie Jacopin (**p. 370**; **p. 378** haut; **p. 386**; **p. 389**, étape 34).

Section 8

Illustrations : Michel Rouleau (**p. 423**, étape 20.1.1; **p. 424-425**; **p. 434**, étape 27; **p. 443**, étape 33.1.1; **p. 446**, étape 34.2.3; **p. 447**, étape 34.2.4 bas; **p. 480**; **p. 482**).

Section 9

p. 490 (tubulure de rallonge pour dispositif IV): ©2021 Medline Industries, LP. All rights reserved. Medline is a registered trademark of Medline Industries, LP (la couleur de la tubulure a été modifiée); **p. 490** (bouchon à injections intermittentes): MicroClave™ Clear, neutral displacement connector; **p. 490** (cathéter court): Ivi89/iStockphoto; **p. 501, 512, 533, 540, 547** et **556** (étiquettes): Les Étiquettes Trelco (1985) inc.; **p. 556** (miniperfuseur): B. Braun Canada Ltd.

Illustrations : Sophie Jacopin (**p. 492**, étapes 22 et 23; **p. 494**, étape 31; **p. 495**; **p. 496**, étapes 38, 39 et 43; **p. 497**; **p. 505**, étape 20.9; **p. 506**, étapes 20.11 et 21.2; **p. 507**, étapes 21.3 et 21.4; **p. 529**, bas; **p. 534**; **p. 535**, étapes 20, 21 et 24; **p. 542**, étape 20; **p. 543**, étapes 24 et 27).

Section 10

p. 584 (cathéter intraveineux): Ivi89/iStockphoto; **p. 615** (épingle de sûreté): Feng Yu/Adobe StockPhoto.

Illustrations : Sophie Jacopin (**p. 585**, étape 18.2; **p. 587**, étapes 27.1.3 et 27.1.4; **p. 590**, étapes 30.1 et 31; **p. 595**; **p. 601**, étape 31; **p. 621**, étape 27.2.4).

RÉFÉRENCES

Agence de la santé publique du Canada (ASPC) (2010). *Lignes directrices : Mesures de prévention et de contrôle des infections à l'intention des travailleurs de la santé dans tous les établissements de soins de santé. Bacille Gram négatif résistant aux carbapénèmes.* Repéré à www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/migration/phac-aspc/nois-sinp/guide/ipcm-mpci/pdf/guide-fra.pdf

Agence de la santé publique du Canada (ASPC) (2012). *Pratiques en matière d'hygiène des mains dans les milieux de soins.* Repéré à http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/aspc-phac/HP40-74-2012-fra.pdf

Agence de la santé publique du Canada (ASPC) (2013). *Infection à Clostridium Difficile. Lignes directrices sur la prévention et le contrôle des infections pour la gestion dans les établissements de soins actifs.* Repéré à www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-infectieuses/infections-nosocomiales-professionnelles/infection-a-clostridium-difficile-lignes-directrices-infections-etablissements-soins-actifs.html

Agence de la santé publique du Canada (ASPC) (2016). *Pratiques de base et précautions additionnelles visant à prévenir la transmission des infections dans les milieux de soins.* Repéré à www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/routine-practices-precautions-healthcare-associated-infections/pratiques-de-base-precautions-infections-aux-soins-de-sante-2016-FINAL-fra.pdf

Alexandrou, E., Ray-Barruel, G., Carr, P.J., *et al.* (2018). Use of short peripheral intravenous catheters : Characteristics, management and outcomes worldwide. *Journal of Hospital Medicine, 13*(5).

Allegranzi, B., Zayed, B., Bischoff, P., *et al.* (2016a). New WHO recommendations on intraoperative and postoperative measures for surgical site infection prevention : An evidence-based global perspective. *The Lancet Infectious Diseases, 16*(12), e288-e303.

Allegranzi, B., Bischoff, P., de Jonge, S., *et al.* (2016b). New WHO recommendations on preoperative measures for surgical site infection prevetion : An evidence-based global perspective. *The Lancet Infectious Diseases, 16*(12), e276-e287.

American Association for Respiratory Care (2004). AARC Clinical Practice Guideline. Nasotracheal suctioning – 2004 Revision & Update. *Respiratory Care, 49*(9), 1080-1084.

American Association for Respiratory Care (2010). AARC Clinical Practice Guidelines. Endotracheal suctioning of mechanically ventilated patients with artificial airways 2010. *Respiratory Care, 55*(6), 758-764.

Association canadienne d'accès vasculaire (ACAV) (2019). *Lignes directrices canadiennes sur les accès vasculaires et la thérapie intraveineuse.* Hamilton, Ontario : ACAV.

Association canadienne de protection médicale (ACPM) (2013). *La gestion des risques associés à l'insertion de sondes nasogastriques ou d'alimentation entérale.* Repéré à www.cmpa-acpm.ca/fr/advice-publications/browse-articles/2013/managing-risks-associated-with-nasogastric-and-feeding-tube-insertion

Association paritaire pour la santé et la sécurité du travail du secteur affaires sociales (ASSTSAS) (2018). *Prévention des infections. Équipements de protection individuels (ÉPI).* Repéré à http://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Affiches/a70-epi.pdf

Austin, M.A., Wills, K.E., Blizzard, L., *et al.* (2010). Effect of high flow oxygen on mortality in chronic obstructive pulmonary disease patients in prehospital setting : Randomised controlled trial. *British Medical Journal, 341*, c5462.

Bankhead, R., Boullata, J., Brantley, S., *et al.* (2009). Enteral nutrition practice recommendations. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 33*(2), 122-167.

Bureau, C., et Perreault, M. (2019). *Complément d'informations au sujet des chambres de retenue valvées.* Repéré à https://issuu.com/rqesr/docs/inforqesr_mars2019pagesseules

Burns, C., Dunn, A., Brady, M., *et al.* (2017). *Pediatric primary care* (6e éd.). Philadelphie, PA : Saunders.

Bussière, S., Bibeau, K., et Lacasse, Y. (2019). *Mesure des résidus gastriques lors de l'alimentation entérale chez les patients hospitalisés à l'unité des soins intensifs. Rapport d'évaluation 01-19.* Repéré à https://iucpq.qc.ca/sites/default/files/rap_residus_gastriques_10-06.pdf

Canadian Agency for Drugs and Technologies for Health (CADTH) (2011a). *Feeding tube verification procedures : Optimal timing and guidelines.* Repéré à www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/feb-2011/L0242_-_Feeding_tube_verification_final.pdf

Canadian Agency for Drugs and Technologies for Health (CADTH) (2011b). *Oral health programs for hospitalized inpatients : Clinical evidence and guidelines.* Repéré à www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/nov-2011/RB0447-000%20oral%20Hygiene.pdf

Canadian Agency for Drugs and Technologies for Health (CADTH) (2016). *Nasal bridle devices for the securement of nasoenteric feeding tubes in adult patients : Comparative clinical effectiveness, safety, and cost-effectiveness.* Repéré à www.cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/2017/RC0835_Nasal%20Retention%20Devices%20%28Bridle%20systems%29%20Final.pdf

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) (2012). *Manuel de prévention des infections : Mesures pour la prévention et le contrôle de la transmission des entérobactéries productrices de bêta-lactamases.* Montréal, Québec : CHUM.

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) (2014). *Procédure pour revêtir et retirer l'équipement de protection individuelle – (EPI-2A).* Repéré à www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/ebola/chum_ebola_equipement_epi2a.pdf

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) (2015). *Manuel de prévention des infections : Mesures pour le dépistage, la prévention et le contrôle de la transmission de l'entérocoque résistant à la vancomycine (ERV).* Montréal, Québec : CHUM.

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) (2016a). *Les exercices respiratoires après une opération.* Repéré à www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/2018-06/188-2-exercices-respiratoires-apres-une-operation.pdf

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) (2016b). *Manuel de prévention des infections : Mesures pour la prévention de la transmission des entérobactéries productrices de carbapénémases (EPC).* Montréal, Québec : CHUM.

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) (2016c). *Manuel de prévention des infections : Mesures pour la prévention et le contrôle de la transmission du Staphylococus aureus résistant à la méthicilline (SARM), incluant le SARM communautaire (C-SARM).* Montréal, Québec : CHUM.

Centre hospitalier de l'Université de Montréal (CHUM) (2017). *Rester actif à l'hôpital. Pour récupérer, il faut bouger !* Repéré à www.chumontreal.qc.ca/sites/default/files/2018-06/50-3-rester-actif-a-lhopital.pdf

Chevalier, S., Renaud, L., et Hubert, F. (2005). Signes vitaux normaux selon l'âge. Dans Institut national de santé publique du Québec. *Intégration de pratiques cliniques préventives. L'expérience d'Au cœur de la vie.* Repéré à www.inspq.qc.ca/integration-de-pratiques-cliniques-preventives

Clinical Practice Guidelines Committees (2018). *Diabetes Canada 2018 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada.* Repéré à http://guidelines.diabetes.ca/docs/CPG-2018-full-EN.pdf

Cloutier, L., René, A., et Jutras, A. (2014). La formule sanguine complète. Des connaissances appliquées à la pratique infirmière. *Perspective infirmière, 11*(1), 28-32.

Comité éducationnel et de pratique clinique de la Société francophone nutrition clinique et métabolisme (SFNEP) (2020). *Suivi du résidu gastrique lors de l'introduction de la nutrition entérale à débit continu chez l'adulte.* Repéré à www.sfncm.org/images/stories/pdf_NCM/NCM_residu_20_04.pdf

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) (2006). *Mesures de contrôle et de prévention des infections à Staphylococcus aureus résistant à la méthicilline (SARM) au Québec, 2e édition – Version intérimaire*. Repéré à www.inspq.qc.ca/pdf/publications/489-MesuresPreventionControleSARM.pdf

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) (2010). *Sélection des solutions hydro-alcooliques en milieux de soins*. Repéré à www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1175_SolutionsHydroAlcooliques.pdf

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) (2013). *Mesures de prévention et contrôle des infections à l'urgence*. Repéré à www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1742_MesPrevContrInfectUrgence.pdf

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) (2015). *Mesure de prévention et de contrôle de la transmission des bacilles Gram négatifs multirésistants dans les milieux de soins aigus du Québec*. Repéré à www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2022_Prevention_Controle_Transmission_Gram.pdf

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) (2018a). *Notions de base en prévention et contrôle des infections : équipements de protection individuelle*. Repéré à www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2442_prevention_controle_infection_equipement_protection_individuel.pdf

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) (2018b). *Notions de base en prévention et contrôle des infections : hiérarchie des mesures de contrôle des infections*. Repéré à www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2437_prevention_controle_infections_hierarchie_mesures_controle.pdf

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) (2018c). *Surveillance provinciale des infections nosocomiales : faits saillants, discussions et orientations 2016-2017*. Repéré à www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2363_faits_saillants_discussions_orientations_2016_2017.pdf

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) (2019a). *La prévention des bactériémies associées aux dispositifs d'accès vasculaires périphériques courts*. Repéré à www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2600_bacteriemies_acces_vasculaires_courts.pdf

Comité sur les infections nosocomiales du Québec (CINQ) (2019b). *L'hygiène et autres mesures de prévention des infections associées aux bactéries multirésistantes*. Repéré à www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2596_hygiene_prevention_infection_bacterie_multiresistante.pdf

Cox, J. (2019). Wound Care 101. *Nursing, 49*(10), 32-39.

Diabetes Canada Clinical Practice Guidelines Expert Committee (2018). Diabetes Canada 2018 Clinical Practice Guidelines for the Prevention and Management of Diabetes in Canada. *Canadian Journal of Diabetes, 42*(suppl. 1), S1-S325.

Duncan, M., Warden, P., et Bernatchez, S.F. (2018). A bundle approach to decrease the rate of primary bloodstream infections related to peripheral intravenous catheters. *Journal of the Association for Vascular Access, 23*(1), 15-22.

Durand, S., Harvey, B., et D'Anjou, H. (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers*, 3e édition. Repéré à www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%282%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcde8075e3

Elpern, E.H., Killeen, K., Talla, E., *et al.* (2007). Capnometry and air insufflation for assessing initial placement of gastric tubes. *American Journal of Critical Care, 16*(6), 544-549.

Ernst, D.J. (2017). *GP41 : Collection of diagnostic venous blood specimens* (7e éd.). Wayne, PA : Clinical and Laboratory Standards Institute.

Fife, C.E., Carter, M.J., et Walker, D. (2010). Why is it so hard to do the right thing in wound care ? *Wound Repair and Regeneration, 18*(2), 154-158.

Frei, D.R., et Young, P.J. (2018). Oxygen therapy in acute resuscitation. *Current Opinion in Critical Care, 24*(6), p. 506-511.

Garza, D., et Becan-McBride, K. (2018). *Phlebotomy handbook : Blood specimen collection from basic to advanced* (10e éd.). Londres, Angleterre : Pearson.

Gillespie, B.M., Walker, R., Lin, F., *et al.* (2020). Wound care practices across two acute care settings : A comparative study. *Journal of Clinical Nursing, 29*(5-6), 831-839.

Gould, L., Stuntz, M., Giovannelli, M., *et al.* (2016). Wound Healing Society 2015 update on guidelines for pressure ulcers. *Wound Repair and Regeneration, 24*(1), 145-162.

Gouvernement du Québec (2017). *La prévention et le contrôle des infections nosocomiales. Cadre de référence à l'intention des établissements de santé et de services sociaux du Québec. Mise à jour 2017*. Repéré à https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2017/17-209-01W.pdf

Guidelines and Audit Implementation Network (2015). *Guidelines for caring for an infant, child, or young person who requires enteral feeding*. Repéré à www.rqia.org.uk/RQIA/files/4f/4f08bb34-7955-49ea-adf1-9de807d3da66.pdf

Hafizi, D., et McCormack, S. (2011). *Routine monitoring of gastric residual volume during enteral feeding of adult inpatients : Clinical utility and guidelines*. Repéré à https://cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/2019/RA1057%20Gastric%20Residuals%20Final%20ABS.pdf

Halloran, O., Grecu, B., et Sinha, A. (2011). Methods and complications of nasoenteral intubation. *Journal of Parenteral and Enteral Nutrition, 35*(1), 61-66.

Hockenberry, M.J., Wilson, D., et Rodgers, C.C. (2019). *Pédiatrie* (2e éd.). Montréal, Québec : Cheneliere Éducation.

Hypertension Canada (2020). *Hypertension 2020-2020. Points saillants. Guide pratique fondé sur les lignes directrices d'Hypertension Canada et portant sur la prévention, le diagnostic et le traitement de l'hypertension artérielle ainsi que sur l'évaluation des risques*. Repéré à https://guidelines.hypertension.ca/wp-content/uploads/2021/02/2020-22-HT-Guidelines-F-V2_Proofed_2_NO-TC.pdf

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2014). *La prévention des bactériémies associées aux cathéters vasculaires centraux*. Repéré à www.inspq.qc.ca/pdf/publications/1824_Bacteriemies_Catheters_Vasuclaires.pdf

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) (2018). *Surveillance provinciale des bactériémies nosocomiales au Québec*. Repéré à www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/infectionsnosocomiales/protocole_bactot_2018.pdf

James, P.A., Oparil, S., et Carter, B.L. (2014). 2014 Evidence-based guidelines for the management of high blood pressure in adults : Report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). *Journal of the American Medical Association, 311*(5), 507-520.

Joncas, M. (2000). L'administration des médicaments par les sondes d'alimentation entérale : problème ou défi ? *Pharmactuel, 33*(6), 159-163.

Kane, B., Decalmer, S., et O'Driscoll, B.R. (2013). Emergency oxygen therapy : From guideline to implementation. *Breathe, 9*, 246-253.

Kim, Y.J., Lee, S.M., Park, H.R., *et al.* (2018). Development of evidence-based nursing practice guidelines for peripheral intravenous catheter management in hospitalized children and adult. *International Journal of Studies in Nursing, 3*(1), 82-105.

Koo, K.K., Choong, K., Cook, D.J., *et al.* (2016). Early mobilization of critically ill adults : A survey of knowledge, perceptions and practices of Canadian physicians and physiotherapists. *CMAJ Open, 4*(3), E448-E454.

Labrecque, C. (2019). Évaluation et traitement d'une plaie présentant des signes d'infection. *Perspective infirmière, 16*(3), 20-25.

Labrecque, C., et Gilbert, D. (2020). *Soins de plaies. Un savoir et une pratique accessibles*. Montréal, Québec : Chenelière Éducation.

Lévesque Barbès, H., Beauséjour, J., et Leprohon, J. (2002). *Énoncé de principes sur la documentation des soins infirmiers*. Repéré à www.oiiq.org/documents/Z20147/237836/173_doc.pdf

Ly, L., et Zhang, J. (2019). The incidence and risk of infusion phlebitis with peripheral intravenous catheters : A meta-analysis. *The Journal of Vascular Access*. Repéré à https://doi.org/10.1177/1129729819877323

Marciniuk, D.D., Brooks, D., Butcher, S., *et al.* (2010). *Optimizing pulmonary re-habilitation in chronic obstructive pulmonary disease – practical issues : A Canadian Thoracic Society Clinical Practice Guideline*. Repéré à http://downloads.hindawi.com/journals/crj/2010/425975.pdf

McGee, S. (2018). *Evidence-based physical diagnosis* (4e éd.). Saint-Louis, MO : Elsevier.

Metheny, N.A. (2016). Initial and ongoing verification of feeding tube placement in adults. *Critical Care Nurse, 36*(2), e8-e13.

Metheny, N.A., et Meert, K.L. (2004). Monitoring feeding tube placement. *Nutrition in Clinical Practice, 19*(5), 487-495.

Miller, K. (2015). *Oxygen administration: What is the best choice?* Repéré à https://rtmagazine.com/products-treatment/monitoring-treatment/therapy-devices/oxygen-administration-best-choice/

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2005). *Encadrer l'utilisation des mesures de contrôle. Matériel de contention: évaluation de produits; guide pour la conception. Guide d'aménagement d'une chambre d'isolement.* Repéré à https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2005/05-812-01.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2015). *Cadre de référence pour l'élaboration des protocoles d'application des mesures de contrôle. Contention, isolement et substances chimiques.* Repéré à https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2014/14-812-01W.pdf

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2017). *L'évaluation de la condition physique et mentale d'une personne symptomatique: enfant, adulte et aîné.* Formation élaborée sous la direction de Philippe Voyer de la Faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2019). *Administration des produits immunisants. Documentation de la vaccination.* Repéré à https://www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/piq-administration-des-produits-immunisants/documentation-de-la-vaccination/

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2021). *Protocole d'immunisation du Québec (PIQ).* Repéré à www.msss.gouv.qc.ca/professionnels/vaccination/protocole-d-immunisation-du-quebec-piq/

Morissette, L. (1995). *Prévention des blessures musculosquelettiques pour le personnel soignant.* Repéré à http://asstsas.qc.ca/sites/default/files/publications/documents/Guides_Broch_Depl/GP37_blessures_musculosquelettiques.pdf

National Institute for Health and Care Excellence (NICE) (2017). *Hip fracture: management. Clinical Guideline.* Repéré à www.nice.org.uk/guidance/cg124

Nault, D. (2017). *Mise à jour du traitement de la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC).* Repéré à www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/congres2017/pdf/A11-mise-a-jour-traitement-maladie-pulmonaire-2017.pdf

Newman, D.K. (2017). Chapter 34. Catheters, Devices, Products, and Catheter-Associated Urinary Tract Infections. Dans Newman, D.K., Wyman, J.F., et Welch, V.W. (dir.). *Core Curriculum for Urologic Nursing. 1st Edition.* Pitman, NJ: Society of Urologic Nurses and Associates, Inc

Nydahl, P., Sricharoenchai, T., Chandra, S., *et al.* (2017). Safety of patient mobilization and rehabilitation in the intensive care unit. *Annals of American Thoracic Society, 14*(5), 766-777.

O'Donnell Jr, T.F., Passman, M.A., Marston, W.A., *et al.* (2014). Management of venous leg ulcers: Clinical practice guidelines of the Society for Vascular Surgery® and the American Venous Forum. *Journal of Vascular Surgery, 60*(2 suppl.), 3S-59S.

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2016). *Le champ d'exercice et les activités réservées des infirmières et infirmiers* (3ᵉ éd.). Repéré à www.oiiq.org/documents/20147/1306047/1466-exercice-infirmier-activites-reservees-web+%282%29.pdf/84aaaa05-af1d-680a-9be1-29fcde8075e3

Ordre des infirmières et infirmiers du Québec (OIIQ) (2020). *Administration sécuritaire des médicaments. Norme d'exercice.* Repéré à www.oiiq.org/documents/20147/237836/4522-norme-adm-medicaments-web.pdf

Ordre des thérapeutes respiratoires de l'Ontario (2013). *Oxygénothérapie.Lignes directrices sur les pratiques cliniques exemplaires.* Repéré à www.crto.on.ca/pdf/fr/PPG/Oxygen_Therapy_CBPG_fr.pdf

Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec (OPTMQ), Ordre des chimistes du Québec (OCQ) et Société québécoise de biologie clinique (SQBC) (2019). *Guide de transport et de conservation des échantillons dans le domaine de la biologie médicale.* Repéré à https://optmq.org/wp-content/uploads/2019/09/Nouveaut%C3%A9_Guide-de-transport-et-de-conservation-des-%C3%A9chantillons-dans-le-domaine-de-la-biologie-m%C3%A9dicale.pdf

Ordre professionnel des technologistes médicaux du Québec (OPTMQ), Ordre des infirmières et infirmiers auxiliaires du Québec (OIIAQ), Ordre des sages-femmes du Québec (OSFQ) *et al.* (2018). *Guide de prélèvement de sang par ponction veineuse aux fins d'analyse.* Repéré à https://optmq.org/wp-content/uploads/2012/08/Guide-de-pr%C3%A9l%C3%A8vement-de-sang-par-ponction-veineuse-aux-fins-danalyse.pdf

Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2010). *Lignes directrices de l'OMS applicables aux prélèvements sanguins: meilleures pratiques en phlébotomie.* Repéré à www.who.int/infection-prevention/publications/Phlebotomy_french_web.pdf

Orsted, H.L., Keast, D.H., Forest-Lalande, L., *et al.* (2018). *Recommandations pour les pratiques exemplaires pour la prévention et la gestion des plaies.* Repéré à www.woundscanada.ca/docman/public/health-care-professional/576-cycle-de-gestion-des-soins-de-plaie-grr/file

Oxford Medical Education (2015). *Oxygen – Delivery devices.* Repéré à www.oxfordmedicaleducation.com/prescribing/oxygen-delivery/

Pagana, K.D., et Pagana, T.J. (2000). *L'infirmière et les examens paracliniques complémentaires.* Saint-Hyacinthe, Québec: Edisem; Paris, France: Maloine.

Pilcher, J., et Beasley, R. (2015). Acute use of oxygen therapy. *Australian Prescriber, 38*(3), 98-100.

Pires, D., Soule, H., Bellissimo-Rodrigues, F., *et al.* (2017). Hand hygiene with alcohol-based hand rub: How long is long enough? *Infection Control and Hospital Epidemiology, 38*(5), 547-552.

Potter, P.A., Perry, A.G., Stockert, P.A., *et al.* (2022). *Fondements généraux* (5ᵉ éd.). Montréal, Québec: Chenelière Éducation.

Raghavendran, K., Mylotte, J.M., et Scannapieco, F.A. (2007). Nursing home-associated pneumonia, hospital-acquired pneumonia and ventilator-associated pneumonia: The contribution of dental biofilms and periodontal inflammation. *Periodontol 2000, 44*, 164-177.

Réseau québécois d'éducation en santé respiratoire (RQESR) (2012). *Ordre d'administration des médicaments respiratoires inhalés: Énoncé de position du comité scientifique du RQAM.* Repéré à www.rqesr.ca/stock/fra/rqam_web_mai2012.pdf

Réseau québécois d'éducation en santé respiratoire (RQESR) (2017). *Techniques et entretien des dispositifs d'inhalation: Guide de l'éducateur.* Montréal, Québec: RQESR.

Rickard, C.M., March, N., Webster, J., *et al.* (2018). Dressings and securements for the prevention of peripheral intravenous catheter failure in adults (SAVE): A pragmatic, randomised controlled, superiority trial. *The Lancet, 392*(10145), 419-430.

Rivolo, M., Dionisi, S., Olivari, D., *et al.* (2020). Heel pressure injuries: Consensus-based recommandations for assessment and management. *Advances in Wound Care, 9*(6), 332-347.

Serebrakian, A.T., Pickrell, B.B., Varon, D.E., *et al.* (2018). Meta-analysis and systematic review of skin graft donor-site dressings with future guidelines. *Plastic and Reconstructive Surgery, Global Open, 6*(9), e1928.

Singer, P., Reintam Blaser, A., Berger, M.M., *et al.* (2019). ESPEN guideline on clinical nutrition in the intensive care unit. *Clinical Nutrition, 38*(1), 48-79.

Société canadienne de pédiatrie (2000). La mesure de la température en pédiatrie. *Paediatrics & Child Health, 5*(5), 281-284.

Taylor, S.J., McWilliam, H., Allan, K., *et al.* (2015). The efficacy of feeding tubes: Confirmation and loss. *British Journal of Nursing, 24*(7), 371-372, 374-375.

Thibeault, D., Blank, D., et Blake, G. (2017). *Valeurs de référence des laboratoires CUSM.* Montréal, Québec: Centre universitaire de santé McGill.

Trudell Medical International (2018). *AeroChamber Plus: Chambre d'inhalation.* Repéré à www.trudellmed.com/sites/default/files/2018-12/ac-plus-mode-d-emploi.pdf

Urden, L.D., Stacy, K.M., et Lough, M.E. (2019). *Soins critiques* (2ᵉ éd.). Montréal, Québec: Chenelière Éducation.

Young, C., et Argáez, C. (2017). *Nasogastric feeding tube sizes for enteral feeds: Guidelines.* Repéré à https://cadth.ca/sites/default/files/pdf/htis/2017/RA0905%20Feeding%20Tubes%20Final.pdf

Zhang, L., Cao, S., Marsh, N., *et al.* (2016). Infection risks associated with peripheral vascular catheters. *Journal of Infection Prevention, 17*(5), 207-213.

QUELQUES ABRÉVIATIONS ET ACRONYMES

A

ac — Avant les repas (*ante cibum*)
ad — Jusqu'à (*ad*)
ad lib — À volonté (*ad libitum*)
a/n — Au niveau
Asx — Asymptomatique

B

B1 — Premier bruit du cœur
B2 — Deuxième bruit du cœur
B3 — Troisième bruit du cœur
B4 — Quatrième bruit du cœur
BCM — Bilan comparatif des médicaments
bpm — Battement par minute
bid — Deux fois par jour (*bis in die*)

C

c̄ — Avec (*cum*)
CAE — Conduit auditif externe
CAI — Conduit auditif interne
CCMS — Chaleur, coloration, mobilité, sensibilité
CEPI — Candidat(e) à l'exercice de la profession infirmière

D

D.C. — Débit cardiaque
die — Une fois par jour (*die*)
DIN — Numéro d'identification du médicament
DSI — Direction des soins infirmiers
DVI — Double vérification indépendante
Dx — Diagnostic

E

ECG — Électrocardiogramme
EEG — Électroencéphalogramme
EMG — Électromyogramme
ÉPI — Équipement de protection individuelle

F

FADM — Feuille d'administration des médicaments
F.C. — Fréquence cardiaque
F.R. — Fréquence respiratoire
FSC — Formule sanguine complète

G

g — Gramme
GB — Globules blancs (leucocytes)
GR — Globules rouges (érythrocytes)
GSA — Gaz sanguins artériels
gtt — Goutte

H

Hb — Hémoglobine
hs — Au coucher (*hora somni*)
HTA — Hypertension artérielle

I

I.D. — Intradermique
I/E — Ingesta et excreta
I.M. — Intramusculaire
IMC — Indice de masse corporelle
IPS — Infirmière praticienne spécialisée
I.R. — Intrarectal
irrig — Irrigation
I.V. — Intraveineux

K

K^+ — Potassium
kcal — Kilocalorie
KCl — Chlorure de potassium
kg — Kilogramme
kJ — Kilojoule

L

L — Litre
LA — Longue action
Liq — Liquide
LTP — Lésion des tissus profonds

M

MADO — Maladie à déclaration obligatoire
mcg — Microgramme (ne pas utiliser le symbole µg)
mcL — Microlitre (ne pas utiliser le symbole µl ou µL)
MCV — Maladie cardiovasculaire
MD — Médecin
mg — Milligramme
Mg — Magnésium
MJ — Mégajoule
mL — Millilitre
mm Hg — Millimètre de mercure
MPI — Médicament potentiellement inapproprié
MPOC — Maladie pulmonaire obstructive chronique

N

Na^+ — Sodium
NaCl — Chlorure de sodium
NaOH — Hydroxyde de sodium
NPO — Rien par la bouche (*nil per os*)

O

O_2 — Oxygène
OAP — Œdème aigu du poumon
OT — Ordonnance téléphonique
OV — Ordonnance verbale

P

PA — Action prolongée (*prolonged action*)
P.A. — Pression artérielle
$PaCO_2$ — Pression partielle du dioxyde de carbone dans le sang artériel
P.A.D. — Pression artérielle diastolique
PaO_2 — Pression partielle de l'oxygène dans le sang artériel
P.A.S. — Pression artérielle systolique
pc — Après les repas (*post cibum*)
PDSB — Principes pour le déplacement sécuritaire des bénéficiaires
Per op — Peropératoire, pendant l'opération
pH — Mesure du degré d'acidité ou d'alcalinité
PIM — Point d'impulsion maximale (ou choc apexien)
PO — Par la bouche (*per os*)
PO_2 — Pression partielle d'oxygène
POR — Pratiques organisationnelles requises
Post op — Postopératoire, après l'opération
Pr — Prescription requise (ou sur ordonnance)
Pré op — Préopératoire, avant l'opération
prn — Au besoin (*pro re nata*)
PSTI — Plan de soins et de traitements infirmiers
PTI — Plan thérapeutique infirmier
$PvCO_2$ — Pression partielle du dioxyde de carbone dans le sang veineux
PvO_2 — Pression partielle de l'oxygène dans le sang veineux

Q

q — Chaque (*quaque*)
qh — Toutes les heures (*quaque hora*)
q2h — Toutes les deux heures (*quaque 2 hora* ou selon le chiffre indiqué : q4h, q8h)
qid — Quatre fois par jour (*quater in die*)

R

RCR — Réanimation cardiorespiratoire
ROH — Alcool (symbole chimique)
RX — Radiographie
Rx — Prescription, médication

S

SaO_2 — Saturation partielle en oxygène du sang artériel
SARM — *Staphylococcus aureus* résistant à la méthicilline
S.C. — Sous-cutanée
SCAS — Système centralisé d'additif aux solutés
S.L. — Sublinguale
SNC — Système nerveux central
SNP — Système nerveux périphérique
SpO_2 — Saturation pulsée en oxygène
SR — Libération continue (*sustained release*)
SRAS — Syndrome respiratoire aigu sévère
stat. — Immédiatement (*statim*)
SV — Signes vitaux
SvO_2 — Saturation partielle en oxygène du sang veineux
Sx — Symptôme

T

T° — Température corporelle
tid — Trois fois par jour (*ter in die*)
TPR — Température, pouls, respiration
TQP — Tel que prescrit
Tx — Traitement

U

Urg — Urgence
UVA — Rayons ultraviolets A
UVB — Rayons ultraviolets B

V

VC — Volume courant
V.E.S. — Volume d'éjection systolique
VR — Volume résiduel
VRE — Volume de réserve expiratoire
VRI — Volume de réserve inspiratoire
VRS — Voies respiratoires supérieures

X

XL — Action très prolongée (*extreme long action*)